

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor** Sociální pracovník  
**(kombinace):**

## Následná péče jako součást systému léčby o drogově závislé

## Aftercare as a Part of Drug Addicts Treatment System

**Bakalářská práce:** 08-FP-KSS-3001

**Autor:**

Adriana ABŠNAJDROVÁ

**Podpis:**

\_\_\_\_\_

**Adresa:**

Sušilova 29

750 02, Přerov

**Vedoucí práce:** Mgr. Květuše Sluková

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
85	11	0	3	30	7 + 1 CD

V Liberci dne: 10. 12. 2009

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**  
**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**  
**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

<b>Jméno a příjmení:</b>	Adriana Abšnajdrová
<b>Adresa:</b>	Sušilova 29, Přerov 750 02
<b>Studijní program:</b>	Sociální práce
<b>Studijní obor:</b>	Sociální pracovník
<b>Kód oboru:</b>	7502R022
<b>Název práce:</b>	Následná péče jako součást systému léčby o drogově závislé
<b>Název práce v angličtině:</b>	Aftercare as a Part of Drug Addicts Treatment System
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Květuše Sluková
<b>Termín odevzdání práce:</b>	15. 04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....  
**vedoucí bakalářské práce**

.....  
**děkan FP TUL**

.....  
**vedoucí katedry**  
**Zadání převzal (student): Adriana Abšnajdrová**

**Datum: 9. 3. 2008**

**Podpis studenta: .....**

**Cíl práce:**

Zjistit, zda následná péče prováděná v CAS Advaita přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů.

**Základní literatura:**

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-5.

ROTGERS, F.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

URBAN, E.: *Toxikomanie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973.

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 10. 12. 2009

Adriana Abšnajdrová

---

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Kvetuši Slukové za odborné vedení, podnětné připomínky, trpělivost a čas, který mi věnovala.

Poděkování patří i mé rodině a pracovníkům občanského sdružení Advaita, kteří mě po celou dobu výzkumné práce podporovali.

**Název bakalářské práce:** Následná péče jako součást systému léčby o drogově závislé

**Název bakalářské práce:** Aftercare as a Part of Drug Addicts Treatment System

**Název bakalářské práce:** Entretien comme une partie du Drug Addicts Système de traitement

**Jméno a příjmení autora:** Adriana Abšnajdrová

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2009/2010

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Květuše Sluková

**Resumé:** Bakalářská práce se zabývala zmapováním procesu doléčování v libereckém Centru ambulantních služeb Advaita. Cílem bylo odpovědět na otázku, zda následná péče prováděná na Advaitě přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů. Předmětem zájmu byli klienti následné péče, jejich stávající životní situace a její vliv na udržení abstinence po léčbě. Dalším záměrem průzkumu bylo zjistit vliv a působení programu následné péče, prováděném v Centru ambulantních služeb Advaita, na samotné klienty. Teoretická část se zabývala etiologií, vznikem a rozvojem drogové závislosti, osobností jedinců drogově závislých, důsledky drogové závislosti, dále problematikou dnešního přístupu diferencované péče o drogově závislé a léčbou drogově závislých. Praktická část pomocí vybraných metod zjišťovala konkrétní potřeby a problémy klientů následné péče, jejich vliv na udržování abstinence po léčbě a na (re)integraci do společnosti, dále pak spokojenost klientů s poskytovanými službami a podporou, kterou jim centrum nabízí. Přínos práce lze spatřovat v získání cenných údajů o subjektivním vnímání procesu doléčování klienty a adekvátnosti poskytované podpory centra a jeho pracovníků.

**Klíčová slova:** závislost na návykových látkách, jedinec drogově závislý, následná péče a doléčování, doléčovací centrum, prevence relapsu, abstinence, specifické lidské potřeby, relaps, recidiva

**Summary:**

This bachelor thesis dealt with mapping out of the follow-up treatment process at the Advaita Outpatient Services Centre in the town of Liberec. Answering the question whether the provided aftercare at the Advaita Centre responds to its clients' needs adequately was the goal of this thesis. The subject of attention of this thesis was the aftercare clients, their current life situation and its influence on keeping the after drug treatment abstinence. Establishing this programme's impact and influence on the clients themselves was another purpose of the survey. The theoretical part was focused on the etiology, origins and development of drug addiction, drug addicts' personality, consequences of drug addiction, and furthermore on the matter of the approach of today to differentiated care for drug addicts and their treatment. The practical part established, by the means of selected methods, the aftercare clients' particular problems and needs and their influence on both the after treatment abstinence keeping and (re)integration into society. Furthermore, the practical part established the clients' satisfaction with the provided services and support offered by the Outpatients' Services Centre. The contribution of this thesis can be seen in the valuable data acquisition of both the clients' view on the follow-up treatment process and the rate of adequacy of the Outpatients' Services Centre's support towards its clients.

**Keywords:** habit-forming substances addiction, drug addict individual, follow-up treatment and aftercare, the Aftercare Centre, relapse prevention, abstinence, specific human needs, relapse, recurrence

**Résumé:**

Cette thèse baccalauréat traitées avec la correspondance de suivi procédé de traitement au centre de services externes Advaïta dans la ville de Liberec. Répondre à la question de savoir si l'entretien prévu à l'Advaïta Centre répond aux besoins de ses clients a été adéquatement l'objectif de cette thèse. L'objet d'attention de cette thèse était les clients d'entretien, leur situation actuelle de liffé et son influence sur le maintien de la drogue après traitement abstinence. Établissement impact de ce programme et l'influence sur les clients eux-mêmes était un autre propos de l'enquête. La partie théorique était concentrée sur l'étiologie, origines et le développement de la toxicomanie, la drogue des toxicomanes personnalité, les conséquences de la toxicomanie et, en outre sur la question de l'approche d'aujourd'hui aux soins différenciée pour les toxicomanes et leurs traitement. La partie pratique établie, par le moyen de méthodes sélectionnées, des problèmes particuliers des clients de l'entretien et les besoins et leur influence sur les deux le traitement après l'abstinence conservation et de (ré) intégration dans la société. En outre, la partie pratique établi la satisfaction des clients avec le fourni des services et soutien offert par Services Centre de la Outpatients. Le contribution de cette thèse peut être vue dans l'acquisition de données les plus précieuses de vue les deux les clients sur le processus de traitement suivi et le taux de adéquation des 'la Outpatients de soutien du Centre de services envers ses clients.

**Mots-clés:** habit-forming substances addiction, addict individuels, suivi traitement médicamenteux et entretien, le centre de soins, rechute prévention, l'abstinence, homme spécifique a besoin, rechute, récurrence



## **OBSAH**

1 ÚVOD.....	10
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
2.1 Osoby predisponované vznikem a rozvojem závislosti.....	12
2.2 Vývojová stadia závislosti.....	15
2.3 Osobnost jedince zneužívajícího psychoaktivní látky.....	16
2.5 Důsledky závislosti na život jedince.....	19
2.5.1 Zdravotní problémy.....	19
2.5.1.1 Somatické poruchy a onemocnění.....	20
2.5.1.2 Psychické problémy.....	22
2.5.1.3 Duševní poruchy a poruchy chování.....	23
2.5.2 Sociální problémy.....	25
2.5.3 Závislost jako celospolečenský problém.....	33
2.6 Systém diferencované péče o drogově závislé.....	36
2.7 Léčba závislosti.....	38
2.8 Následná péče a doléčování.....	47
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	51
3.1 Cíl praktické části.....	51
3.1.1 Základní informace o občanském sdružení Advaita.....	51
3.1.2 Stanovení předpokladů.....	56
3.2 Použité metody a průběh průzkumu.....	56
3.3 Základní charakteristika zkoumaného vzorku.....	58
3.4 Analýza výsledků a jejich interpretace.....	59
3.5 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse.....	72
4 ZÁVĚR.....	78
5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	81
6 SEZNAM PŘÍLOH.....	85

## 1 ÚVOD

Problematika drogové závislosti je velmi rozsáhlá a rozmanitá, zasahující do nejrozličnějších vědních i praktických oborů. Není účelem této práce, a ani být nemůže, obsáhnout na několika stránkách složitost celého jevu souvisejícího s drogami, jejich výrobou, distribucí, užíváním a nakonec i dalekosáhlými dopady na jednotlivce a skupiny až po celé společnosti lidí. K tomu slouží odborné publikace podrobně se zabývající celou škálou oblastí, do kterých problematika drog zasahuje. Teoretický rámec této práce vyplývá se základního tématu práce – následná péče a doléčování v systému péče o drogově závislé. Práce je tedy zaměřena na uživatele drog, kteří již nějakou dobu bojují se svou závislostí, mají zkušenost s různými formami léčby a jsou ve stadiu, kdy se poukousí o návrat do společnosti. Jejich situace je ovlivněna jak samotnou drogovou závislostí, zejména pak jejími důsledky, tak léčebným procesem, který doposud absolvovali. Období doléčování je závěrečnou fází v tomto procesu uzdravy a zároveň fází snad nejobtížnější. Teprve kontakt se skutečným světem mimo zdi chráněného prostředí ukáže, nakolik bylo vynaložené úsilí terapeutů, lékařů, jiných specialistů a především samotných klientů účelné.

Bakalářská práce se zabývala zmapováním procesu doléčování v libereckém Centru ambulantních služeb Advaita. Pozornost byla soustředěna na vnímání a prožívání klientů poslední fáze jejich léčebného procesu. Předložené téma bakalářské práce bylo zvoleno vzhledem k tomu, že ne všichni klienti následné péče program řádně ukončí, tedy nedokážou se navrátit zpět do života většinové společnosti, nedokážou abstinovat, ale naopak vrátí se k zažitému způsobu chování, k užívání drog.

Cílem předložené bakalářské práce bylo odpovědět na otázku, zda následná péče prováděná na Advaitě přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů. Předmětem zájmu byli klienti následné péče, jejich stávající životní situace a její vliv na udržení abstinence po léčbě. Dalším záměrem průzkumu bylo zjistit vliv a působení programu následné péče, prováděném v Centru ambulantních služeb Advaita, na samotné klienty.

Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V souladu se zvoleným tématem byla teoretická část rozčleněna do několika kapitol, zabývajících se etiologií, vznikem a rozvojem drogové závislosti, osobností jedinců drogově závislých a zejména pak důsledky drogové závislosti, jak z pohledu jednotlivce a jeho nejbližšího okolí, tak z celospolečenského hlediska, protože některé následky dlouhodobého zneužívání návykových látek mohou u klientů stále přetrvávat, neboť je nelze odstranit pouhou abstinencí od drog. V dalších kapitolách byla nastíněna problematika dnešního přístupu diferencované péče o drogově závislé. Poslední kapitola se zabývala léčbou drogově závislých, na které se samotný proces údravy klienta zakládá. Mnohostranost léčebných přístupů, metod a technik, ale také různé formy poskytovaných služeb by měly odpovídat specifickým potřebám jednotlivých klientů těchto služeb. Je otázkou, které z nich jsou ve výsledku opravdu nejúčinnější a pro život těchto lidí nejefektivnější, což by měla dokazovat konečná schopnost klientů normálně žít a fungovat ve většinové společnosti a vést spokojený život.

Praktická část zjišťovala konkrétní potřeby klientů následné péče a problémy, které jsou nuceni řešit s ohledem na schopnost udržení abstinence. Konečná abstinence není cílem léčby drogově závislých, nýbrž pouze prostředkem k dosažení vyšších cílů. V praktické části byly dále uvedeny hlavní předpoklady průzkumu, použité metody a základní charakteristika zkoumaného vzorku. Předpoklady, stanovené v praktické části, byly ověřeny na základě zhodnocení získaných dat pomocí dotazníkového šetření a pomocí provedených rozhovorů.

Význam práce lze spatřit především v tom, že údaje získané od klientů lze využít pracovníky terapeutického týmu jako zpětnou vazbu o poskytovaných službách a programu doléčovacího centra, eventuálně jako podnět k dalšímu zkvalitňování služeb a péče.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Osoby predisponované vznikem a rozvojem závislosti

Na otázku, zda existuje něco jako predispozice k drogové závislosti, se snaží odpovědět adiktologická teorie na základě výzkumů etiopatogenetických vlivů spolupůsobících při rozvoji látkové závislosti. Přestože odborná literatura zabývající se etiologií závislosti uvádí velké množství různých názorových pohledů, obecně panuje shoda, že drogová závislost je složitý jev bio-psycho-socio-spirituální povahy, přičemž spirituální lze chápat jako existenciální či religiózní. Problematiku spolupůsobení etiologických faktorů drogové závislosti, které vedou ke vzniku, udržování a event. ukončení drogové závislosti u člověka, schematicky vyjádřil např. J. Urban<sup>1</sup> „*interakčním čtyřstěnem drogové závislosti*“, přičemž uvažoval činitele:

- **Farmakologické (psychoaktivní látka)** – způsob účinku, způsob aplikace, potenciál návyku, atmosféra požití a intoxikace, dostupnost(!).
- **Somatické a psychické (osobnost)** – za rizikové jsou předpokládány především tyto osoby:

1. mladiství ve věkové skupině 12 a 18 lety;

Konzumace drog u mladistvých představuje především zahánění nudy, bezradnosti, minimalizace negativních a maximalizace pozitivních zkušeností, ale může být jedním z řešení tíživosti životního období hlubokých změn. Je třeba připomenout, že vzhledem k rychlejšímu účinku a vyšší návykovosti nealkoholových drog dochází také mnohem rychleji k rozvoji psychické a tělesné závislosti. Proto může existovat zjevná drogová závislost u jedinců zneužívajících psychoaktivní látky již ve věku 15 až 17 let. V tomto období je významným zdrojem norem chování vrstevnická skupina, v níž dochází k sociálnímu tlaku na podporu vrstevnické konformity. Göhlert a Kühn<sup>2</sup> zvláště upozorňují na skupinu mladistvých, kteří zažili přerušování vztahů (odloučení od rodičů, onemocnění, nehody, smrt, stěhování,...);

---

1 Urban, J.: *Toxikomanie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973, s. 29.

2 Göhlert, Fr.-Ch., Kühn, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 27.

2. osoby s antisociálním nebo psychopatickým vývojem osobnosti (zvýšená dráždivost, agresivita, impulzivita, zvýšená extroverze a hyperaktivita, nezdrženlivost, snaha dosáhnout úspěchu či nějakých změn bez vynaložení skutečného osobního úsilí, snaha o mimořádnéžitky – extáze),
3. osoby s neurotickou poruchou (psychická labilita, neúspěch, zvýšená zranitelnost, úzkostnost, závislost, infantilismus atd.),
4. osoby trpící bolestivým chronickým onemocněním, nemocní s duševními problémy a chorobami, s nedostatečnou strategií ke zvládnutí stresu, mající nedostatečné sociální dovednosti, nízké sebevědomí, poruchu sebehodnocení, dobrou subjektivní snášenlivost alkoholu či jiných drog,
5. podle nejnovějších výzkumů drogám podléhají často i děti zvědavé, nadprůměrné, schopné, neboť mají větší touhu poznávat něco nového, zajímavého.

- **Environmentální (prostředí)** – společenské prostředí i socializační proces; ze společenských faktorů ovlivňujících drogovou závislost je dominantní role přisuzována zejména těmto aspektům:

- rizikové povolání, vojenská služba,
- generační konflikty, pocity odcizení,
- snaha o identifikaci se sobě rovnou skupinou (status droga),
- sociální a materiální deprivace,
- nedostatek pracovních příležitostí a pozitivních možností pro využití volného času,
- režim a prostředí výchovně nápravných útavů,
- postoj veřejnosti k drogám (zejména vliv veřejného mínění, informovanost o drogové problematice, snadná dostupnost tabáku, alkoholu a jiných drog, cynický postoj ke zdraví, právní a jiné

společenské sankce toxikomanů, hodnoty a normy uznávané danou společností...),

- ekonomická situace (zisk plynoucí z výroby, pašování a ilegálního obchodu s drogami, nezaměstnanost...), atd.<sup>3</sup>

- **Precipitující (podnět neboli spouštěcí mechanismus)** – tj. okolnosti a situace, které urychlují nebo vedou ke zneužívání psychoaktivních látek (př. aktuální krize, tlak vrstevníků, chronické afektivní tenze, frustrace,...).

Z hlediska preference různých činitelů můžeme **teorie vzniku drogové závislosti** rozdělit na:

- psychologické (zdůrazňující vnitřní svět jedince),
- sociální (zvažující vztah jedince k druhým osobám v rámci sociálních ministruktur - vztah k otci, matce, kamarádům, apod.),
- sociologické (zabývající se vztahy jedince a společnosti),
- biologické (uvádějící podmíněnost hereditární či jinými biologickými poruchami),
- biopsychosociální (vycházející z geneticky přenášeného chování využívajícího vztahů fenotypu a genotypu k prostředí).

Je zřejmé, že v praxi se tyto sféry prolínají a vzájemně ovlivňují. Nelze tedy aplikovat určitou teorii na daný jev izolovaně. Heller a Pecinovská<sup>4</sup> uvažují o abúzu psychoaktivních látek jako o určitém druhu sociálního chování s biologickým podkladem, přičemž zdůrazňují důležitou úlohu motivace vedoucí ke zneužívání drog. Motivace může být fyzická, senzorická, emocionální, interpersonální, sociální, politická, intelektuální, kreativně estetická, filozofická, spirituálně mystická a další vlastní specifické motivace.

---

3 Trávníčková, I.: Základní model vzniku drogové závislosti (souhrn). *Kriminalistika*. 1999, roč. XXXII, č. 1. [online]. © MVČR 1999, [cit. 2008-11-01]. URL <[http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog\\_zav.html](http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html)>

4 Heller, J., Pecinovská, O.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996.

## 2.3 Vývojová stadia závislosti

Určit, co je ještě návyk a co už je závislost, je velmi obtížné, zvláště u mladistvých. V literatuře jsou zmiňovány pojmy jako experimentální užívání psychoaktivních látek, rekreační užívání, pravidelné zneužívání apod. Jak upozorňují Heller a Pecinovská<sup>5</sup>, jakékoliv zneužívání návykových látek u mladistvého může rušivě zasáhnout do psychosociálního nebo fyzického vývoje a vyvolat problémy. Závislost na psychoaktivních látkách se vyvíjí ve čtyřech fázích obdobně jako u alkoholu:

1. **stadium experimentování s drogou (euforické počáteční stadium)** – experimenty s drogami různého typu jsou u určité části mládeže v podstatě normou. Motivů vedoucích mladé jedince do prvního kontaktu s drogou bývá mnoho, avšak velká většina z nich po první zkušenosti, příp. po několika ojedinělých pozitivních, cestu mířící k závislosti z nejrůznějších důvodů opouští.
2. **stadium rekreačního užívání návykových látek (kritické stadium navykání)** – ze subjektivního hlediska jedna z nejpříjemnějších fází, zisky plynoucí z užívání drogy jsou větší než potenciální ztráty, proto není důvod ke změně současného stylu života s drogou. Kritická fáze proto, že uživatel nevnímá hrozící nebezpečí změnou vztahu k droze. Droga pro něj přestává být prostředkem k dosažení cíle, ale stává se sama cílem.
3. **stadium rozvoje drogové závislosti** – z rekreačního uživatele se stává problémový uživatel, u něhož lze sledovat koloběh patologického chování, problémy a ztráty spojené se zneužíváním návykových látek vzrůstají na významu. V této fázi se většina postižených setkává s pomáhající institucí, přijme nabízenou pomoc a podstupuje léčbu nebo přechází do poslední fáze.
4. **drogový stereotyp života (chronické stadium rozkladu)** – konečné stadium uživatele návykových látek, který již neumí nebo nechce žít jinak než s drogou. Dochází k úpadku osobnosti, poškození tělesných a orgánových struktur, faktické izolaci od společnosti, chudobě, neschopnosti se o sebe postarat.

---

5 Heller, J., Pecinovská, O.: Závislost známá neznámá. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. s. 39.

## 2.4 Osobnost jedince zneužívajícího psychoaktivní látky

Výzkum osobnostní patologie ve vztahu k rozvoji a udržování závislosti spočívá především v popisných charakteristikách projevů chování za určitých podmínek a v určitém prostředí. Samotné subjektivní prožívání závislých jedinců bývá objektivními metodami těžko uchopitelné, stejně tak je obtížné při sběru anamnestických dat obsáhnout období nejútlejšího dětství, rozhodné pro vznik a vývoj patologických osobnostních struktur.

Problematicu osobnosti drogově závislých jedinců podrobněji rozebírá např. J. Bergeret<sup>6</sup>, který na základě klinicky podložených studií a úvah shrnuje trojím konstatováním:

- a) neexistuje hluboká a stabilní psychická struktura, specifická pro závislé chování,
- b) závislé chování nikdy nemění specifickou povahu dané hluboké struktury u každého jednotlivého případu, závislé chování pouze modifikuje způsob chování této struktury,
- c) závislost na návykové látce vzniká jako pokus o obranu a o regulaci snížených schopností nebo příležitostných mezer, které vykazuje hluboká struktura.

Přesto výše jmenovaný autor uvádí některé společné rysy různých toxikomanských osobností, jimiž jsou např.:

- asociabilita,
- regrese pudů,
- identifikační potíže,
- nedostatek představ či imaginace,
- „citový infantilismus”,
- neschopnost být sám,
- obrácení proti sobě,
- atd.

---

6 Bergeret, J.: *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995.



Autoři M. Brichtcín a J. Zýka<sup>7</sup> zkoumali u drogově závislých **centrální postavení lidské vůle** ve vztahu k závislostem. Z psychologického hlediska projevy chování závislých jedinců dle výše uvedených autorů svědčí o nedostatku osobní odpovědnosti, o snížené schopnosti sebeovládání. U těchto jedinců lze sledovat opakující se rozhodnutí bez ohledu na důsledky, které vědomě poškozují samotné jedince, jejich vztahy a prostředí. U sledované skupiny závislých osob autoři popsali tyto jednotící charakteristiky:

- nezvládání komunikace a kooperace ve vztazích k nejbližšímu sociálnímu okolí;
- utajování a zkreslování osobní nepříznivé reality s asociálními kompenzacemi; lži, podvody, krádeže;
- úniky, vyhýbání se povinností, „absence” (domov, škola, zaměstnání);
- interpersonální konflikty (agrese) s návaznými útoky z rodinného ev. internálního prostředí;
- vyhýbání se aktivitám (konstruktivním řešením), nerozhodnost, oddalování, odklady, kumulace neřešených problémů;
- úzkosti, strach, obavy z bezprostřední (spíše než vzdálenější) budoucnosti.<sup>8</sup>

Obdobné charakteristiky drogově závislých předkládá také P. Jeřábek<sup>9</sup>, který v rámci své praxe dlouhodobě zkoumá symptomatologii klientů terapeutické komunity. Autor upozorňuje především na „nápadnosti v komunikaci klientů (inkongruence, ambivalence, dvojná vazba); extrémní interpersonální senzitivitu; silnou touhu po přijetí spolu s vysokou mírou anticipace odmítání, ale se silnou aktuální vděčností za přijetí; zvláštní druh (ne)angažovanosti ve vztazích; specifický způsob empatie; jindy extrémně rychlé hroucení se do černé díry zvané

---

7 Brichtcín, M., Zýka, J.: Rozvíjení sebekontroly u mládeže jako součást prevence drogových a jiných závislostí. In: Kol. Autorů: *Mládež – drogy – společnost*. Studia paedagogica č. 21. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1997.

8 Brichtcín, M., Zýka, J.: (tamtéž) s. 95.

9 Jeřábek P.: Klientela TK. In: Nevšimal, P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Středočeský kraj/ hl.m. Praha/ Magdaléna, o.p.s., 2007. 318 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

beznaděj.” Závěrem autor dospívá k tvrzení, že abúzus psychotropních látek lze chápat jako součást dlouhodobé defenzivní (únikové případně autodestruktivní) strategie, neboť nejhlubší emoce toxikomanů bývají subjektivně nepříjemné a nežádoucí, přičemž jsou využívány energeticky velmi náročné a primitivní způsoby obranných mechanismů.

**Teorii sebedestrukce toxikomana** jako jediné možné pudové cesty uvádí i J. Bergeret<sup>10</sup>, který však dále upozorňuje, že se u závislých jedinců dost obvykle vyskytují jisté rysy chování a afektivity, které jsou ve skutečnosti jen přemrštěné osobnostní rysy viditelné u intaktní společnosti. K obdobným závěrům dospěli také M Břichcín a J. Zýka<sup>11</sup>, neboť výsledky výzkumných šetření neprokázaly (až na výjimky) větší rozdíly v intelektu ani v jiných osobnostních rysech mezi skupinou závislých a kontrolní skupinou. Naopak výrazné rozdíly se projevíly v indikátorech volního úsilí, zvláště v tempu a v produktivitě činnosti. Závěrem Břichcín a Zýka upozorňují na zhoršenou schopnost sebekontroly a sníženou koncentraci pozornosti, projevující se u závislých především v běžném životě při komplexnějším jednání a v sociálním prostředí, neboť jejich chování není racionální a odpovědné, ale stává se instinktivním a impulsivním.<sup>12</sup>

---

10 Bergeret, J.: *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. s. 39.

11 Břichcín, M., Zýka, J.: Rozvíjení sebekontroly u mládeže jako součást prevence drogových a jiných závislostí. In: Kol. Autorů: *Mládež – drogy – společnost*. Studia paedagogica č. 21. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1997.

12 Pozn. „Za takového stavu jsou volní faktory a volní procesy vyřazeny z funkce a nemohou se uplatnit, ani kdyby si to subjekt přál a chtěl.” (Břichcín, M., Zýka, J.: tamtéž, s. 97)

## 2.5 Důsledky závislosti na život jedince

Nadměrné nebo nevhodné užívání psychoaktivních látek neblaze ovlivňuje zdravotní stav drogově závislých, působí však také na jejich společenské vztahy v širším kontextu. K poškození zdravotního stavu může dojít jednorázovým užitím psychoaktivní látky, nebo jejím opakovaným zneužíváním. Problémy v sociální oblasti života závislých vznikají jako reakce na změny jejich chování a jednání způsobené dominantním postavením drog v hierarchii hodnot.

Je však třeba upozornit, že užívání drog vede i k následkům fatálním. Jak uvádí Šejvl<sup>13</sup>, úmrtí v souvislosti s užíváním drog představují komplexní problém, neboť zahrnují jak přímá drogová úmrtí (předávkování), tak nepřímá drogová úmrtí (úmrtí v důsledku dlouhodobého užívání drog, sebevraždy, smrtelné nehody a zranění ovlivněná drogami). Dle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti je míra úmrtnosti uživatelů drog ve srovnání s běžnou populací stejného věku 7–11krát větší.<sup>14</sup>

### 2.5.1 Zdravotní problémy

Zdravotní následky zneužívání psychoaktivních látek, resp. míra poškození organismu závisí na celkovém množství (tj. denní dávce, frekvenci užívání a době trvání abúzu látky), typu a kvalitě (obsah různých příměsí) zkonsumované látky, na způsobu aplikace drogy a dále na individuální vnímavosti každého jedince. Zde hraje velkou roli genetická predispozice, celkový zdravotní stav a kondice závislého. Většímu riziku poškození organismu jsou vystaveny především ženy a mladiství, neboť vstupují do závislosti rychleji a jsou somaticky křehčí a zranitelnější. Problémem však zůstává, jak upozorňuje Profous, "*že u chronicky závislých jsou zdravotní problémy skoro tím posledním, nač reagují*".<sup>15</sup>

---

13 Šejvl, J. a kol.: *Vybrané kapitoly z adiktologie: Fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. 1. vyd. Praha: UK, Karolinum, 2007.

14 Mravčík, V. a kol.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2004*. [online]. © 2005, Praha: Úřad vlády ČR. Datum poslední revize 27. 6. 2008. [cit. 2008-11-05]. URL <[http://web.mvcr.cz/archiv2008/bezpecnost/drogy/vz\\_cr2004.pdf](http://web.mvcr.cz/archiv2008/bezpecnost/drogy/vz_cr2004.pdf)>

15 Profous, J.: Markery alkoholové závislosti – asi trochu jinak, než čekáte. In: Heller, J., Pecinovská, O. a kol.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. s. 74

### **2.5.1.1 Somatické poruchy a onemocnění**

Pravidelným a zejména dlouhodobým užíváním psychoaktivních látek dochází k **funkčnímu nebo organickému poškození organismu**. Mimo to zde existuje riziko vzniku specifického onemocnění – **syndromu závislosti**. Poškození jednotlivých orgánů závisí především na typu látky, která je zneužívána, ale také na způsobu života uživatelů drog, který může vést k řadě chorob infekční či neinfekční povahy (např. používání nesterilních pomůcek užívaných k i.v. aplikaci, nesterilní příprava drog, nízký hygienický standard spojený s nízkou sociokulturní životní úrovní, sexuální promiskuita). Drogy bývají navíc často kombinovány a z toho důvodu nebývá lehké určit základní příčinu konkrétního onemocnění či poruchy. Kromě výčtu nemocí a chorob spojených s užíváním těchto látek je třeba upozornit na **zvýšenou míru rizika otrav, úrazů a také dopravních nehod**. Minařík a Hobstová<sup>16</sup> také uvádějí, že závislí bývají také častěji **obětmi násilných trestných činů**.

Největší podíl zdravotních komplikací je spojen s **infekčními chorobami**. Nitrožilní uživatelé drog jsou ohroženi jednak bakteriálními infekcemi, způsobené nesterilní i.v. aplikací drog, jednak virovými infekcemi (infekční hepatitidy, HIV). Bakteriální infekce mohou způsobovat lokální záněty kůže, sliznice či měkkých tkání, které se projevují kožními ulceracemi, povrchními či hlubokými abscesy, flegmónami nebo záněty žil, mohou však přejít do cévního řečiště a způsobit tak celkovou sepsi organismu s postižením a poruchou funkce více orgánů a rizikem úmrtí. Jednou z nejzávažnějších bakteriálních infekcí je infekční endokarditida, způsobená mikrobiální infekcí usídlenou na srdeční chlopni, která se vyznačuje těžkým a komplikovaným průběhem onemocnění a vážným ohrožením na životě<sup>17</sup>. Největším rizikem i.v. užívání drog je onemocnění virovými

---

16 Minařík, J., Hobstová, J.: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

17 Pozn.: Výsledky studie pacientů s infekční endokarditidou uvádějí za nejzávažnější komplikaci multiorgánové selhání anebo selhání plic v důsledku mnohočetných embolizací, více in: Kabelková, M. a spol.: Infekční endokarditidy u nitrožilních narkomanů. Pacienti

hepatitidami a HIV infekcí. V České republice je mezi injekčními uživateli drog nejčastěji zastoupena hepatitida C na rozdíl od doposud malého počtu HIV pozitivních jedinců, i vzhledem k zahraničním údajům<sup>18</sup>. V roce 2007 došlo k nárůstu hlášených případů HIV u injekčních uživatelů drog v kontextu celkového nárůstu celkového počtu HIV v ČR, stejně tak se zvýšil počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (HVB), počet všech případů virové hepatitidy typu C (VHC) i případů hlášených u injekčních uživatelů drog se ve srovnání s r. 2006 snížil, přesto byl oproti r. 2005 zaznamenán nárůst. V roce 2008 se v ČR, resp. v Praze významně zvýšil počet případů virové hepatitidy typu A (VHA) mezi uživateli drog.<sup>19</sup>

Dlouhodobé užívání drog vede časem k **poškození jednotlivých orgánů**, především cévního systému, dýchacího systému, systému centrální nervové soustavy, k poškození oka a ledvin. Dle Minaříka a Hobstové<sup>20</sup>, intravenózní uživatelé s dlouholetou drogovou kariérou jsou vystaveni riziku vzniku tromboflebitidy, ICHDK, embolizací do různých částí těla, častých zápalů plic, zástavou dechu aj., při tom uživatelé psychostimulačních látek jsou ve větší míře ohroženi vznikem infarktu myokardu, arytmií, náhlého selhání srdce, krvácení do mozkové tkáně vlivem prudkého vzestupu krevního tlaku. Chronické užívání může vést ke kataraktě a glaukomu. Chronické šňupání může způsobit rinitidu, krvácení z nosu až perforaci nosního septa, vlivem organických rozpouštědel naopak dochází především k poškození CNS, zejména mozečku a kognitivních funkcí. Je třeba připomenout, že některé typy psychoaktivních látek jsou vyráběny

---

hospitalizovaní na Infekční klinice Fakultní nemocnice Bulovka v letech 1981-2002. *Cor Vasa* 2004;46(6):274-280

18 Z výzkumného souboru vyplynulo, že 44% pacientů prodělalo hepatitidu B a 50% z nich je infikováno virem hepatitidy C. Ve sledovaném období (2002-2005) také nebyla zachycena HIV pozitivita, více in: Hobstová, J., Vitouš, A.: Infekční komplikace uživatelů drog v České republice. *Časopis Lékařů českých*, 2007, 146:137-141

19 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008)>

20 Minařík, J., Hobstová, J.: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová poškození. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 225-227

"podomácku" a mohou tak obsahovat řadu chemických látek působících organotoxicky. Riziko poškození organismu vzniká také z důvodu vyčerpání a dehydratace organismu při několikaenních tazích.

Zdravotní komplikace chronických uživatelů drog však mohou být ovlivněny také působením etanolu, který je v určitém množství toxický pro mnoho tělesných orgánů. Je-li alkohol požíván v těhotenství, je toxický pro plod a může způsobit kongenitální defekty nebo fetální alkoholový syndrom<sup>21</sup>.

### **2.5.1.2 Psychické problémy**

Již ze základní definice psychoaktivní látky vyplývá, že **tyto látky ovlivňují psychický stav jedince, projevující se nejrůznějšími poruchami nálad a emocí**. Negativní psychologické následky vznikají na základě farmakologického působení látek, ale zároveň také v důsledku neuspokojivého životního stylu závislých. To vede k dalšímu užití drogy, jež alespoň dočasně ulehčuje aktuální prožívání nepříjemných pocitů, a tak se uživatelé dostávají do bludného kruhu závislosti, jejímž výsledkem jsou mimo jiné stále zhoršující se psychické stavy. Mezi nejčastěji se projevující psychologické problémy drogově závislých patří nízké sebevědomí a sebehodnotící postoje, nedostatek sebeúcty a sebeporozumění, z toho plynoucí úzkost, deprese, zlost až agresivita. Postupem času dochází k velkým problémům v mezilidských vztazích, což zapříčiňuje pocity osamělosti a uzavřenosti, z toho ústící nenávist, strach, opakované zklamání, nakonec pocity studu, viny a lítosti. V komunikaci s ostatními využívají závislí obranných mechanismů, jako jsou racionalizace, popření, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům, neschopnost přijímat zpětnou vazbu apod. Konečným důsledkem bývá ve většině případů neschopnost navazovat vztahy a běžně komunikovat s ostatními, z čehož plyne psychologická či faktická samota jedinců a jejich sociální izolovanost od okolí. Jak ostatně upozorňují někteří autoři<sup>22</sup>, z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního modelu onemocnění je zřejmé,

---

21 Pozn.: více viz Zvolský, P. a kol.: *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 50-53

22 Wallace, J.: Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). In Rotgers, F. a kol.: *Léčba*

že užívání alkoholu a drog ovlivňuje duchovní život člověka, jež vrcholí v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života. Člověk přestává rozumět sobě samému, chová se a jedná v rozporu se svým původním svědomím. Trýznivé pocity zoufalství, bezmoci a beznaděje jsou nejen důsledkem, ale také příčinou dalšího užívání drog. I přesto, že drogy přináší pouze dočasnou úlevu, je to úleva okamžitá, což má pro závislého ten největší význam.

### **2.5.1.3 Duševní poruchy a poruchy chování**

Nadměrným či dlouhodobým užíváním návykových látek dochází, jak uvádí Mareček<sup>23</sup>, k psychopatizaci osobnosti, degradaci, vzniku psychotických stavů, organického poškození CNS a defektu intelektových funkcí. U problémových uživatelů drog jsou jednou z nejzávažnějších psychiatrických komplikací těžké formy poruch osobnosti, jejichž výskyt je některými autory odhadován na více než 70 %<sup>24</sup>.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize zařazuje závislosti do katedorie **“Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)”**<sup>25</sup>. Jednotlivé poruchy jsou rozlišovány podle druhu látky vyvolávající poruchu, po té následuje bližší specifikace klinického obrazu poruchy. Klinické stavy, které se mohou vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci (F1x.0), škodlivé užívání (F1x.1), syndrom závislosti (F1x.2), odvykací stav (F1x.3), odvykací stav s delíriem (F1x.4), psychotickou poruchu (F1x.5), amnestický syndrom (F1x.6), reziduální stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem (F1x.7). Některé z těchto poruch mívají přechodný charakter, zejména v období pravidelného užívání nebo jako důsledek akutní intoxikace, existují však

---

*drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999

23 Mareček, P.: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Zvolský, P. a kol: *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 66.

24 Miovsý, M.: K článku autorů J. Hobstové a A. Vitouše „Infekční komplikace uživatelů drog v České republice“ Některé souvislosti mezi faktory ovlivňujícími šíření injekčních onemocnění u problémových uživatelů drog a efektivitou léčby těchto onemocnění. *Časopis Lékařů českých*, 2007,146: 141

25 *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 1992.

poruchy, které mohou mít trvalý charakter. Z hlediska trvalých následků pro život závislých je třeba upozornit zejména na:

1. **Psychotickou poruchu (F1x.5)**, již definuje Smolík jako "různé psychotické fenomény, které se vyskytnou v průběhu užívání nebo jako následek abúzu psychoaktivní látky, ale nejsou důsledkem samotné akutní intoxikace nebo součástí odvykacího stavu"<sup>26</sup>.
2. **Amnestický syndrom (F1x.6)**, charakteristický dle Smolíka "nápadným zhoršením recentní paměti nebo výbavnosti při zachované bezprostřední paměti, s redukcí schopnosti učit se nové látky a s dezorientací v čase".<sup>27</sup> Vnímání a další kognitivní funkce, včetně intelektu, nebývají obvykle poškozené. Pokud je příčinou amnestického syndromu nedostatek thiaminu (vit.B1), může být ireverzibilní<sup>28</sup>.
3. **Psychotickou poruchu reziduální nebo s pozdním začátkem (F1x.7)**, která je specifická změnami poznávání, emotivity, osobnosti a chování, a to v době, kdy již nelze předpokládat, že by se jednalo o přímý účinek psychoaktivní látky.

Důležité je upozornit na fakt, že užívání psychoaktivních látek může vést k aktivaci jiné další duševní poruchy (např. schizofrenního okruhu). V těchto případech hraje velkou roli predispozice jedinců pro vznik některých psychotických poruch. Dle statistických údajů<sup>29</sup> patří k nejčastějším psychiatrickým poruchám mimo okruh látkových závislostí u mužů **poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)**, dále neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49) a schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29). U žen se nejčastěji vyskytovaly **neurotické**

---

26 Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. s. 122

27 Smolík, P.: (tamtéž) s. 85

28 Pozn. Smolík (tamtéž) uvádí, že u 25% případů nedochází během léčby k žádnému zlepšení.

29 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2007: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy NMS* [online]. © Úřad vlády ČR 2007, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL < [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaoastroeno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_05\\_cislo\\_5\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaoastroeno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_05_cislo_5_2007) >



**poruchy a poruchy vyvolané stresem (F40-F49)**, poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) a afektivní poruchy, tj. poruchy nálady (F30-F39).

### 2.5.2 Sociální problémy

Rozvíjející se závislost na psychoaktivních látkách postupně zasahuje do různých oblastí společenského života jedince. Změna osobnosti závislého, projevující se změnou chování a jednání, s sebou postupně nese řadu problémů v rodinném, partnerském a pracovním prostředí, dochází ke ztrátě zájmů, původních přátel, k finančním problémům, k problémům se zákonem. Špatná bytová situace může vést až k bezdomovectví. Užívání nelegálních drog společnost netoleruje, proto bývají drogově závislí často stigmatizováni a odmítáni. Dochází ke společenskému úpadku, ztrátě sociálních rolí a společenského postavení. Velkým rizikem zvláště pro určité skupiny závislých může být sociální exkluze. Časem se celý svět takového jedince může rozpadnout. Někteří uživatelé se přesto sami nerozhodnou a o pomoc nepožádají. Do léčby se dostanou ne vlastní volbou, např. na základě soudního nařízení či v důsledku špatného zdravotního stavu, a i potom nechtějí spolupracovat. Výchozí sociální postavení klientů přicházejících do léčby je často krajně neuspokojivé, jejich problémy mohou být různě závažné v závislosti na osobnosti jedince, jeho věku, životní situaci, předchozích zkušenostech apod. Někteří klienti nejsou schopni uspokojit ani své základní životní potřeby. Je zřejmé, že délka drogové kariéry má vztah k šířce a závažnosti jejích následků pro život drogově závislého. Jak uvádí Makovská-Dolanská<sup>30</sup>, mezi **nejčastěji se vyskytující sociální problémy klientů terapeutických komunit patří především:**

- chybějící nutné osobní doklady – občanský průkaz, průkaz pojištěnce, příp. pas,
- neplacení zdravotního pojištění a s tím související dluhy u zdravotní pojišťovny,

---

30 Makovská-Dolanská, P.: Sociální práce. In Nevšimal, P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Středočeský kraj/ hl. m. Praha/ Magdaléna, o.p.s., 2007.

- absence jakéhokoli příjmu,
- chybějící zápočtový list,
- trestně právní problematika – trestní stíhání, výkon obecně prospěšných prací, nařízená ochranná léčba, exekuce apod.,
- problematika týkající se možnosti bydlení a zaměstnání, dokončení studia po léčbě,
- ostatní dluhy vůči institucím, rodině, věřitelům apod.

V procesu léčby je třeba, pokud je to možné, tyto problémy řešit, neboť ovlivňují jak stávající situaci klienta, tak především jeho návrat do společenského života.

### **Důsledky závislosti pro rodinu**

Jednou z oblastí, kterou drogová závislost významně ovlivňuje je bezpochyby rodina. Závislostí jednoho člena rodiny, popř. i více členů trpí všichni ostatní rodinní příslušníci. V takovém prostředí je narušena možnost otevřené a přímé komunikace, vyjadřovat emoce, udržovat pevné hranice a stabilní strukturu rodiny, společně řešit problémy atd. V rodinném systému se rozvrací vzájemné vztahy a důvěra. Při zvažování důsledků užívání drog a stejně tak při volbě účinné terapie je třeba brát na zřetel, že drogová závislost se ve většině případů týká mladistvích a mladých dospělých do věku 35 let, kteří si doposud, až na výjimky, nezaložili vlastní rodinu, a jejichž nejbližší rodinní příslušníci, kterých se závislost nejvíce dotýká, jsou rodiče a sourozenci. Např. Broža<sup>31</sup> uvádí, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15 – 19 let – v r. 2001 spadalo do této věkové kategorie téměř 50% uživatelů, z nichž polovina z nich užívala drogy nitrožilně. Výsledky nejnovějších průzkumů nasvědčují zastavení rostoucích trendů užívání nelegálních drog v obecné populaci, při čemž tento příznivý trend potvrdila v r. 2006 studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) mezi žáky 9. tříd

---

<sup>31</sup> Broža, J.: Děti a mladiství. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003

ZŠ, kde došlo mezi lety 2002 a 2006 k poklesu celoživotního i současného užívání všech sledovaných nelegálních drog<sup>32</sup>. Z novějších výzkumů však vyplývá nárůst časté kombinace alkoholu a léků, stejně jako užití anabolických steroidů.<sup>33</sup>. Je třeba upozornit na fakt, že některé symptomy vyskytující se v rodinách se závislým členem tu existovaly již dříve, před vznikem závislosti a nejsou tedy jen jejími důsledky. Na základě řady výzkumů a pozorování lze v těchto rodinách najít řadu mechanismů či faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické a které se na rozvoji závislosti dále podílejí. Mezi **nejvýznamnější znaky** patří problematické reakce rodičů na chování dítěte, narušené vztahy mezi dítětem a rodičem, celkově chaotické vztahy mezi generacemi, skryté a nedostatečné vyjadřování emocí v rodině, zejména hněvu, výskyt závislosti jako rovnovážného prvku v rodině, výskyt více závislých členů v rodině. Užívání drog dětmi pak plní řadu funkcí, které odpovídají jejich potřebám a které by měly být prvořadě a přirozeně uspokojovány v rodinném prostředí, proto je třeba při léčbě zapojit a spolupracovat s celým rodinným systémem, jež se ukazuje jako nejúčinnější a v některých případech i nezbytně nutné. V období dospívání také dochází k narušení přirozeného vývoje od nezralého a závislého jedince k jedinci samostatnému a dospělému, a proto je nutné se během léčby na tento vývoj přirozeně napojit. Problémem zůstává absence skutečné motivace ke změně osobnosti. Pomocí různých psychoterapeutických přístupů a metod je zapotřebí klientům nabídnout podporu při hledání nové identity, při volbě nového životního stylu, ukázat jiné cesty, aktivity, životní hodnoty a cíle apod.

---

32 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2007*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. © Praha: Úřad vlády ČR 2007, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL < [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_05\\_cislo\\_5\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_05_cislo_5_2007) >

33 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL < [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008) >

## **Důsledky závislosti v ostatních oblastech společenského života**

Důsledky drogové závislosti se mohou projevovat již během **studia a profesní přípravy k zaměstnání**. Časté absence, vyloučení ze studia významně ovlivňují další směřování v životě a vstup do pracovního procesu. Neukončené vzdělání, nedostatek vědomostí či dovedností a pracovní kvalifikace ztěžují nakonec návrat klientů a jejich zapojení do společenského života. Závažnost těchto důsledků souvisí s věkem uživatelů a délkou jejich drogové kariéry. Následky náhlé nebo krátkodobé ztráty zaměstnání v důsledku porušení pracovní smlouvy, např. nedodržováním pracovní doby, špatně odvedenou prací či konflikty na pracovišti způsobenými krátkodobým abúzem drog, budou mít v životě jiný dopad než dlouhodobá nezaměstnanost spojená s dlouhodobým zneužíváním drog a jiným životním stylem, opakované absence v pracovním procesu v důsledku ústavní léčby, trestu odnětí svobody. U některých jedinců lze hovořit až o tzv. nezaměstnatelnosti z důvodu úbytku a/nebo absence profesních znalostí, dovedností, schopnosti vykonávat práci, komunikovat v pracovním kolektivu, plnit úkoly apod. Většina těchto problémů se ve své podstatě projevuje až během léčby či po ní, kdy se klienti bez drog navrací do společenského života, snaží si najít práci a pak si ji udržet. V této době pak mohou být neúspěchy na trhu práce jedním ze spouštěčů relapsu či recidivy.

Další velkou oblastí, kterou drogy a závislost ovlivňují, je **volný čas drogově závislých**. Není třeba upozorňovat, že v době aktivního užívání návykových látek nemá volný čas stejný význam jako pro běžnou populaci. U většiny uživatelů je veškerý čas je využíván k aktivitám spojených s obstaráváním a zneužíváním drog, často vedoucí k trestné činnosti. Jak uvádí Kostka<sup>34</sup>, u velké části klientů lze nalézt neuspokojivý či přímo znepokojivý způsob trávení volného času již od období mladšího školního věku. Jak dále autor upozorňuje, naplnění volného času je pro svou nestrukturovanost a šíři možností náročné na vůli a rozhodování, klade nároky na vyspělost osobnosti a schopnost samoregulace. Neschopnost naplnit

---

34 Kostka, M.: Volný čas. In Nevšímal, P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Středočeský kraj/ hl. m. Praha/ Magdaléna, o.p.s., 2007.

volný čas přináší klientům řadu potíží i během léčby, prázdný prostor a nečinnost vedou k rozmrzelosti, špatným náladám, nespokojenosti, uzavřenosti a jsou jedním z rizikových faktorů recidivy. Proto je třeba s touto oblastí pracovat hned od začátku. Volný čas je významný pro drogově závislého z hlediska osobnostního rozvoje (např. rozvoj zodpovědnosti, tvořivosti, cílevědomosti), resocializaci a prevenci relapsu. V různých činnostech může klient rozvíjet všechny složky osobnosti, především při aktivním trávení volného času, jež vyžadují klientův aktivní podíl spoluúčasti. Společné aktivity přinášejí možnost rozličných sociálních interakcí a vytváření nových sociálních vazeb. Období zneužívání návykových látek mimo jiné přináší jedinci rozpad původních sociální sítí, ztrátu pravých přátel a blízkých. V komunitě drogově závislých dochází k mnoha seznámením a interakcím, ale v jiné zkreslené podobě. Platí zde jiná pravidla jak v komunikaci, tak v chování. Vytváří se pouze účelné závislostní vztahy bez hlubšího vztahu a důvěry. Pravda ztrácí svůj význam, spíše se uplatňuje lež a manipulace. Právě začlenění se do skupiny lidí bez společné drogové zkušenosti, sdílející obvyklé společenské normy, zájmy a starosti, je jedním z měřítek návratu klientů do většinové společnosti. Další významnou úlohou volnočasových aktivit je naplňování a uspokojování psychických potřeb jedinců, uvolnění od stresových situací, schopnost navodit příjemné pocity, to vše bez užití drogy. V některých případech se klienti učí nakládat s volným časem, jinak než znají, poprvé v životě. Jak již bylo řečeno výše, nedostatečná schopnost vyplnit uspokojivě volný čas je po léčbě jedním z velkých rizik recidivy, neboť se klient může postupem času vrátit k zažitým způsobům trávení volného času za pomoci drog.

## Trestněprávní problematika závislosti

Zneužívání drog úzce souvisí s pácháním trestné činnosti uživatelů návykových látek. Jak upozorňuje Sotolář<sup>35</sup>, z hlediska řešení tzv. drogových deliktů je vhodné rozlišovat dvě skupiny pachatelů a jimi páchaných trestných činů. Do první skupiny zařazuje autor ty pachatele, kteří se dopouští drogových trestných činů za účelem finančního zisku (vyrábí, přepravují omamné a psychotropní látky či s nimi obchodují, a tím ohrožují významné hodnoty chráněné právním řádem, zejména zdraví a bezpečnost velkého počtu obyvatel), zatímco do druhé skupiny patří ti, kteří se drogové či jiné trestné činnosti dopouští proto, aby získali finanční prostředky na obstarání omamných a psychotropních látek, které užívají, popřípadě proto, že tyto látky pro sebe přechovávají v množství větším než malém. Motivy jednání jsou u obou skupin pachatelů natolik odlišné, že je třeba přistupovat odlišně i při řešení jejich trestné činnosti. Proto výše jmenovaný autor upozorňuje na potřebnou individualizaci posuzování jednotlivých trestních věcí, jež je svěřena soudu.

Základní mimotrestní legislativa České republiky o návykových látkách je upravena **zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách**<sup>36</sup> a o změně některých dalších zákonů, jež stanovuje pravidla výzkumu, výroby, zpracovávání, odběru, skladování a používání těchto látek, přípravků a prekursorů, dále jejich koupě a prodeje, jakož i úpravu dalších práv s nimi spojených. Zacházení s těmito látkami je možné pouze na základě zvláštního povolení, vydávaném Ministerstvem zdravotnictví. Jakékoli nakládání s uvedenými látkami bez takového povolení je neoprávněné. Trestněprávní rámec postihu zneužívání drog upravuje trestní zákon<sup>37</sup> jednak formulací **tzv. drogových deliktů v § 187, §**

---

35 Sotolář, A.: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

36 *Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách* [txt dokument ke stažení] © 2003-2007, datum poslední revize 22. 1. 2007. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon/legalni\\_zachazeni\\_s\\_opl/zakon\\_o\\_navykovych\\_latkach\\_zak\\_c\\_167\\_1998\\_sb](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/legalni_zachazeni_s_opl/zakon_o_navykovych_latkach_zak_c_167_1998_sb)>

37 *Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon* [online]. Datum poslední revize 6. srpna 2006. [cit. 2008-10-02]. URL <<http://zakony.ic.cz/trestni-zakon/>>

**187a, § 188 TrZ (nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů), a § 188a TrZ (šíření toxikomanie)**, jednak obecným vymezením skutkových podstat trestných činů, kterých se mohou dopustit osoby užívající drogy. Postih neoprávněného nakládání s omamnými a psychotropními látkami doplňuje právní úprava **přestupků** na úseku ochrany před alkoholem a toxikomaniemi podle **§ 30 odst. 1 písm. c), f), g), h), ch), j) zákona o přestupcích**<sup>38</sup>. Přechovávání drog pro osobní potřebu je častěji postihováno jako přestupek než jako trestný čin; např. v r. 2007 bylo zjištěno celkem 966 přestupků týkajících se přechovávání drog pro osobní potřebu<sup>39</sup>. Drogově závislí se dále dopouštějí **trestných činů dle § 201** (ohrožení pod vlivem návykové látky), **§ 202** (výtržnictví), **§ 204** (kuplířství), **§ 217** (ohrožování výchovy mládeže), **§ 217a** (svádění k pohlavnímu styku), **§ 221 až § 224** (ublížení na zdraví), **§ 234** (loupež) a **§ 247** (krádež) TrZ. Dle výroční zprávy o Situaci ve věcech drog v České republice za rok 2006<sup>40</sup> bylo v tomto roce podle statistik MV trestně stíháno celkem 2 344 osob, což potvrzuje stabilní situaci v posledních třech letech, zároveň dle odhadů studie sekundární drogové kriminality byly v r. 2006 krádeže nejčastějším trestným činem uživatelů drog. V roce 2007 byl počet stíhaných osob za drogové trestné činy nejnižší za poslední čtyři roky, přičemž podíl počtu osob stíhaných podle §187a TrZ se zvyšuje.<sup>41</sup>

---

38 *Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích* [online]. URL

<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/prestupky/>>

39 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008)>

40 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2007*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. © Praha: Úřad vlády ČR 2007, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_05\\_cislo\\_5\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_05_cislo_5_2007)>

41 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008)>

Za všechny drogové delikty lze podle českého trestního zákona uložit trest odnětí svobody, avšak v praxi, jak upozorňuje Sotolář<sup>42</sup>, je trest odnětí svobody ukládán u osob trestaných poprvé pouze v případech, kdy jsou odsuzovány za mimořádně závažnou trestnou činnost. Jak dále autor uvádí, konzumentům drog, kteří přechovávají drogu pro vlastní potřebu, je zpravidla uložen podmíněný trest odnětí svobody nebo některé z alternativních forem řešení trestné činnosti. Trestní zákon a řád umožňuje, aby v rámci řady alternativních postupů a trestů mohla být uložena také tzv. přiměřená povinnost nebo přiměřené omezení (PP/PO)<sup>43</sup>, jež má u uživatelů drog nejčastěji formu povinnosti léčby drogové závislosti. U většiny alternativních trestů je realizací výkonu trestu pověřena **Probační a mediační služba ČR. Alternativní tresty či postupy** lze rozdělit do dvou kategorií podle toho, zda jsou uloženy ve fázi před či po vynesení rozsudku. Do první kategorie patří nahrazení vazby dohledem + PP/PO, podmíněné zastavení trestního stíhání + PP/PO a narovnání. V druhé kategorii (alternativní tresty) je zahrnuto podmíněné upuštění od potrestání s dohledem + PP/PO, podmíněné odsouzení + PP/PO, podmíněné odsouzení s dohledem + PP/PO, trest obecně prospěšných prací + PP/PO, podmíněné propuštění + PP/PO a podmíněné propuštění s dohledem + PP/PO.

---

42 Sotolář, A.: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

43 Müllerová, P.: Přehled alternativních trestů a postupů [online] © 2006 Centrum adiktologie. Datum poslední revize 12. 02. 2007. [cit. 2008-11-01] URL <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=68&iid=252&acc=enb> >



### 2.5.3 Závislost jako celospolečenský problém

Jak vyplývá z předchozího rozboru možných důsledků drogové závislosti, zneužívání drog nepoškozuje pouze zdraví a život jednotlivců, nýbrž má negativní dopad na celé skupiny lidí, potažmo na celou společnost. Dle Radimeckého a spol.<sup>44</sup> představuje **užívání drog velké riziko pro zdravý vývoj společnosti, v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů**. Dle výroční zprávy NMS o situaci drog v České republice za rok 2006<sup>45</sup> lze upozornit na některá souhrnná čísla. Počet problémových uživatelů je odhadován na 30,2 tis. osob, z toho nitrožilních uživatelů přibližně 29 tisíc. V roce 2007 počet problémových uživatelů mírně vzrostl přibližně na 30,9 tisíc, přičemž oproti předchozímu roku klesl střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů a naopak vzrostl počet u problémových uživatelů pervitinu.<sup>46</sup> Dle registru žádostí o léčbu požádalo v r. 2006 o léčbu 8 366 uživatelů drog, v roce 2007 mírně vzrostl počet všech žadatelů i žadatelů o první léčbu. Průměrný věk uživatelů všech skupin drog vzrostl. V r. 2007 bylo zjištěno 40 úmrtí na předávkování (nelegálními) drogami (37 v r. 2006, 59 v r. 2005), dále bylo identifikováno 163 (145 v r. 2006, 151 v r. 2005) nepřímých drogových úmrtí (úmrtí za přítomnosti drog z jiných příčin než předávkování), z toho 1 pro nemoc (4 v r. 2006), 74 případů nehod (69 v r. 2006), 80 případů sebevražd (64 v r. 2006), 6 případů zabití či vražd (5 v r. 2006) a 2 úmrtí z jiných příčin (3 v r. 2006). U 11% zemřelých účastníků dopravních nehod byl zaznamenán pozitivní nález na nealkoholové drogy. Ve srovnání s r. 2006

---

44 Radimecký, J. a spol.: Přehled drogové situace v České republice v roce 2001. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

45 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2007*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. © Úřad vlády ČR 2007, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaostrreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_05\\_cislo\\_5\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostrreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_05_cislo_5_2007)>

46 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostrreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostrreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008)>

došlo k poklesu počtu a podílu pozitivních nálezů pervitinu, naopak k nárůstu u THC. Společenské náklady v souvislosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represí a hodnota ušlého zisku) činí dle Radimeckého a spol.<sup>47</sup> nejméně 2,8 miliardy Kč ročně. Zatímco v souvislosti s majetkovými trestnými činy je podle odhadů každoročně způsobena institucím a jednotlivcům škoda ve výši zhruba 1,9 miliardy Kč.

Řešení problémů drog na místní, státní nebo mezinárodní úrovni zabezpečuje **protidrogová politika České republiky**. Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991 zásadu „vyváženého přístupu“ v drogové politice; tzn. že by se měly rozvíjet a uplatňovat strategie zaměřené na represí, prevenci i oblast snižování poškození drogami, tzv. Harm Reduction, z hlediska komplexního a mezioborového přístupu. Vedle deklarací Valného shromáždění OSN upravují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. Realizaci protidrogové politiky koordinuje za součinnosti ministerstev a dalších orgánů, které odpovídají za jednotlivé oblasti protidrogové politiky, a zajišťuje **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky**<sup>48</sup>, která působí v souladu s § 21 z. č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Dále zejména koordinuje plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, jimiž je ČR vázána a z členství ČR v mezinárodních organizacích. Mezinárodní spolupráce je významnou a nedílnou součástí celkového přístupu k řešení problematiky drog. Tato spolupráce probíhá zejména na úrovni nadnárodních organizací a mezinárodních úmluv. Protidrogová politika České republiky je uskutečňována na základě **Národní strategie protidrogové politiky**<sup>49</sup> a **Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky**<sup>50</sup>. Akční plán je rovněž důležitým

---

47 Radimecký, J. a spol.: Přehled drogové situace v České republice v roce 2001. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti I. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

48 Vláda České republiky | Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. URL <<http://www.vlada.cz/cs/rvk/drogovapolitika/default.html>>

49 *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Strategie schválená vládou České republiky. Úřad vlády České republiky, 2005.

50 *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009* [online],

dokumentem pro Českou republiku jako pro členský stát Evropské unie. EU požaduje po členských zemích, včetně České republiky, aby zlepšily své protidrogové politiky. Jedním ze základních požadavků EU, závazných pro všechny členské země, je zpracování a implementace národní strategie respektive akčního plánu protidrogové politiky, které by měly být v souladu se základními prioritami, cíly, principy, postupy a realizovanými opatřeními se Strategií a Akčním plánem protidrogové politiky EU. Národní strategie na období 2005-2009, schválená vládou ČR, definuje **základní cíle protidrogové politiky**, jimiž jsou:

- a) základní východiska, směry a odpovědnosti subjektů při řešení problému drog;
- b) hlavní dva cíle na období 2005-2009 zajišťující vyvážený přístup v řešení problematiky drog:
  - potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog;
  - snížit užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat;
- c) šest specifických cílů, které hlavní cíle rozvádějí, a sedm cílů technicko-organizačních, které zajišťují jejich dosažení.

Akční plán jako základní nástroj realizace a implementace Národní strategie definuje v základních oblastech konkrétní cíle, jednotlivé činnosti k jejich naplnění, určuje odpovědnosti s časovými termíny a definuje ukazatele plnění jednotlivých cílů.

Jedním z cílů mezinárodní spolupráce je rovněž kontrola omamných a psychotropních látek, dnes především z důvodu boje proti organizovanému zločinu a nezákonnému trhu s drogami. Velké zločinecké organizace, kterým díky obchodu s drogami plynou velké zisky, se dopouštějí všech možných zločinů (od zastrasování až po fyzickou likvidaci), snaží se ovlivňovat politický, ekonomický

i společenský život mnoha zemí, „praním peněz“ narušují státní a mezinárodní ekonomické systémy, zapojují se do narkoterorismu.<sup>51</sup> Mezinárodní instituce (OSN, WHO, EU, Rada Evropy – Poupidou Group a dal.) věnují velké úsilí v boji proti obchodu s drogami, bylo podepsáno mnoho mezinárodních smluv, které umožňují efektivnější spolupráci při realizaci protidrogových politik mezi jednotlivými státy<sup>52</sup>.

## 2.6 Systém diferencované péče o drogově závislé

Specializovaná péče o jedince závislé na návykových látkách má v ČR dlouholetou tradici. První protialkoholní léčebny a poradny vznikaly již na začátku 20. století, jako první z nich byla zřízena v r. 1909 **protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě**<sup>53</sup>. Rychlý rozvoj léčby alkoholu je spjat především s působením **Dr. Jaroslava Skály** a specializovaným lůžkovým oddělením pro studium a léčbu alkoholismu v Praze **U Apolináře**. V roce 1971 byla v téže budově zahájena činnost prvního a diferencovaného střediska pro léčbu drogových závislostí, u jehož zrodu stáli lékaři Rubeš, Drtil a psycholog Urban, z kterého později vzniklo první nestátní zdravotnické zařízení **DROP-IN**<sup>54</sup>. V 90. letech 20. století se postupně rozšiřoval systém péče v souvislosti s rozvojem léčebných metod a terapeutických intervencí, s jejich zaváděním do českého prostředí a s aplikací výsledků výzkumů zabývajících se efektivitou léčby drogových závislostí do vlastní praxe.

Cílem tohoto vývoje je dosáhnout efektivního systému péče o uživatele psychoaktivních látek, který odpovídá svou vnitřní strukturou, tedy komplexností

---

51 Pozn.: Více o nezákonném obchodu s drogami. In: Bruno, F.: *Drogy – drogová závislost*. Sananim Olomouc a PF UP, 1996.

52 Pozn.: Podrobněji o mezinárodní spolupráci. In: Kačaba, I. (ed.): *Zaostřeno na drogy 4/2005: Mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky. Česká protidrogová politika jako součást globálního a evropského prostoru* [online]. © Úřad vlády ČR 2005, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/mezinarodni\\_aktivity/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2005\\_04\\_cislo\\_4\\_2005](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/mezinarodni_aktivity/zaostreno_na_drogy_2005_04_cislo_4_2005)>

53 Skála, J.: Historie léčby závislostí v České republice. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

54 Bém, P.: Složky systému péče v ČR. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

a vzájemnou provázaností poskytovaných služeb, ale také svým rozsahem, místní a časovou dostupností rozličným potřebám cílových skupin s ohledem na jejich specifické problémy a potřeby. Definice jednotlivých součástí komplexního systému péče a zabezpečení kvality poskytované péče vychází z Minimálních standardů<sup>55</sup> dle WHO, vydaných v roce 1995, a z tzv. Akreditačních standardů<sup>56</sup>.

**Mezi jednotlivé složky komplexního systému péče patří:**

- terénní programy
- nízkoprahová kontaktní centra
- lékařská ambulantní péče o závislé
- denní stacionáře
- detoxifikační jednotky
- střednědobá ústavní léčba
- rezidenční léčba v terapeutických komunitách
- následná péče a doléčování
- chráněné bydlení a chráněná práce
- programy metadonové a substituční.

Diferencovaná péče tedy zajišťuje využití takových léčebných postupů a služeb, které svou formou i obsahem odpovídají potřebám svých klientů, s ohledem na stupeň rozvoje závislosti či rozsah problémů spojených s užíváním návykových látek. Jednotlivé služby mají své specifické postavení v celém systému péče, zahrnují konkrétní formy a způsoby práce s klienty dle daného typu zařízení a typu cílové skupiny.

---

55 Bém, P.: (tamtéž) originální znění viz: Minimální standardy: Standardy léčebné péče pro zařízení poskytující léčebnou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Zpracoval P. Bém. Meziresortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, Praha, 1995.

56 *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*, [online]. 2003, datum poslední revize 7. 3. 2006. [cit. 2008-10-11]. URL  
<[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/Standardy\\_drogy\\_obecn\\_.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/Standardy_drogy_obecn_.pdf)>  
<[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/standardy\\_drogy\\_speci\\_lni.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/standardy_drogy_speci_lni.pdf)>

## 2.7 Léčba závislostí

*„Léčba závislosti na psychoaktivních látkách je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru.“*<sup>57</sup> Teoretickým konceptem pro léčbu závislostí je Národní strategie protidrogové politiky<sup>58</sup>. Základním nástrojem realizace Národní strategie je Akční plán<sup>59</sup>, který stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich realizaci, zodpovědnost, atd.

Charakteristickým znakem léčby závislostí je fakt, že tato léčba nikdy nevede k vyléčení závislého jedince či k odstranění jeho poruchy. Jak uvádí Heller<sup>60</sup>, léčbou se dosahuje pouze údravy, tj. vymizení příznaků choroby, a to na základě nutné a trvalé abstinence. Závislost jako choroba se obtížně léčí také z toho důvodu, že zde chybí náhled choroby a náhled nutnosti léčby. Sám závislý postupně ztrácí schopnost vnímat a posoudit svůj zdravotní stav a sociální situaci. Většinou je to rodina, která se snaží nemocného přemluvit či donutit ke vstupu do léčby, ke které je ale nutný jeho dobrovolný souhlas. Nucená léčba může být v naší zemi nařízena pouze soudem v souvislosti se spácháním trestného činu nebo v jiných, zákonem stanovených případech<sup>61</sup>.

**Úkoly, které by měl léčebný postup zajistit,** shrnuje Heller<sup>62</sup> do těchto bodů:

- odstranit drogu z organismu
- obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu
- obnovit psychické funkce a vytvořit pozitivní struktury psychiky
- odstranit základní problém – doplnit schopnost odpovědi na otázky života

---

57 *Léčba závislostí* [online]. NFP, (c) 2003 - 2007. [Cit. 2008-10-15]. URL < [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba/lecba\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti) >

58 Viz kapitola 2.5.3

59 Viz kapitola 2.5.3

60 Heller, J., Pecinová, O. a kol.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996.

61 *Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*. [online], 2004 . [cit. 2008-10-11] URL <<http://www.helcom.cz/download/integrace/099pece.pdf>>

62 Heller, J., Pecinová, O. a kol.: (tamtéž) s. 84 – 85.

- přijetí a stabilizace životního stylu s dietou
- resocializaci.

Je zřejmé, že léčba závislostí představuje široké spektrum různých metod a přístupů, které korespondují s komplexností problému závislostí. V této souvislosti se také hovoří o **bio-psycho-sociálním, popř. bio-psycho-socio-spirituálním modelu**<sup>63</sup> v léčbě závislostí, jehož podmínkou je, jak upozorňuje např. Miovský<sup>64</sup>, důsledná aplikace mezioborového přístupu, bez kterého jsou celkový potenciál a možnosti léčby značně zeslabovány. Jak dále Miovský zdůrazňuje, každý dobře fungující a efektivní program se neobejde bez týmové práce se zastoupením profesionálů různých oborů, což nebylo do 90. let minulého století obvyklé.<sup>65</sup>

Lze říci, že spektrum léčebné intervence drogově závislých tedy může mimo jiné zahrnovat farmakoterapii, psychoterapii, rodinnou terapii, sociální rehabilitaci, sociální práci, a také činnost svépomocných skupin.

### **Farmakoterapie**

Farmakologická léčba návykových poruch je součástí celkové péče o drogově závislého, avšak rozsah jejího použití je daleko užší než např. u psychoterapie. Farmakoterapie by měla být indikována velice obezřetně, neboť řada medikamentů je sama návykovými látkami, proto zde existuje riziko vzniku kombinovaných závislostí, a/nebo má výrazné vedlejší účinky, které při kombinaci s drogou mohou vyvolat život ohrožující stavy. Farmakoterapii lze rozlišit na 1) medikaci cílenou k závislosti (př. disulfiram, metadon, naltrexon), 2) medikaci podávanou k mírnění negativních důsledků užívání návykových látek

---

63 Více viz: Kudrle, S.: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

64 Miovský, M.: Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

65 Miovský, M.: (tamtéž) s. 15.

(př. léky podporující regeneraci jaterní tkáně, vitamíny), a 3) medikaci užívanou při duálních diagnózách<sup>66</sup>.

Při léčbě závislostí se jeví farmakoterapie účinnější v kombinaci s psychoterapií či jinou léčebnou metodou.

## Psychoterapie

Psychoterapie tvoří jeden ze základních pilířů systému péče o drogově závislé. Obecným cílem psychoterapie je dosažení změny klienta, jeho prožívání a chování. K tomu jsou využívány různé psychoterapeutické přístupy<sup>67</sup>, které odpovídají jednotlivým cílům konkrétního léčebného programu, také vzhledem k osobnosti klienta a ke stadiu léčebného procesu.

Sborník PF UK, z roku 1995, uvádí **klíčové prvky psychoterapie závislostí**, jimiž jsou:

1. změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí,
2. učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě,
3. podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů,
4. podporování aktivního, zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.<sup>68</sup>

Autoři dále uvádějí, že „ne všichni klienti, kteří o psychoterapii žádají, do ní skutečně vstoupit chtějí nebo jsou ji schopni absolvovat.”<sup>69</sup> Zásadní podmínkou

---

<sup>66</sup> Pozn.: Souběh závislosti a jiné duševní choroby u klienta

<sup>67</sup> Pozn.: Např. K. M. Carroll uvádí, že existuje více než 300 odvětví psychoterapie. Carroll, K. M.: Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In Rotgers, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999.

<sup>68</sup> Miovský, M., Bartošíková, I.: Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. . In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 26

<sup>69</sup> Miovský, M., Bartošíková, I.: (tamtéž) s. 27



léčby je motivace klienta, která je ovlivněna především konkrétní zkušeností jedince, jeho vůlí a motivačním faktorem<sup>70</sup>.

Mezi **hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí** patří:

- individuální psychoterapie
- skupinová psychoterapie
- behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální terapie
- hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie
- rodinná a systemická psychoterapie
- hypnotické a relaxační postupy
- integrativní přístup.

U všech přístupů lze nalézt důraz na rozvoj některých specifických faktorů, vyplývajících z teoretických konceptů, vedle společných faktorů, mezi nimiž jsou např. pozitivní očekávání, terapeutický vztah, emoční uvolnění, nácvik dovedností, posílení, konfrontace s problémem a dal. Dodnes neexistují spolehlivé údaje, které by potvrzovali, že je některý z psychoterapeutických přístupů efektivnější než jiný.

### **Rodinná terapie<sup>71</sup>**

Podle některých autorů je rodinná či partnerská terapie podmínkou úspěšnosti celého léčebného programu, vzhledem k poznatkům o vlastnostech a funkcích rodiny a vzhledem k empirickým výsledkům. Metody a postupy rodinné terapie vycházejí na jedné straně z individuální psychologie a psychoterapie, na straně druhé ze systémové teorie. Mezi základní faktory ovlivňující indikaci i následný průběh terapie patří věk klienta, stupeň separace, současná situace rodiny,

---

70 Pozn.: Autoři rozlišují čtyři úrovně motivačních faktorů, 1. zdravotní a psychické, 2. sociálně-psychické, 3. sociální, 4. trestně-právní (řazeny dle významnosti 1-4).

71 Pozn.: Některé školy rodinné terapie řadí rodinnou terapii mimo rámec psychoterapeutických přístupů.

aktuální a perspektivní potenciál vztahu rodina-klient.<sup>72</sup> Koncept rodinné terapie vychází z toho, že symptomatické chování jedince, jeho vznik a význam se vyvíjí v kontextu rodinném, popř. v širším sociálním prostředí. Terapie je tedy zaměřena na systém, do kterého je klient zapojen, a význam příznaků v něm. Jak upozorňuje Kalina, „pokud se má změnit jedinec, tak je třeba změnit kontext, ve kterém žije“<sup>73</sup>. V průběhu rodinné terapie dochází ke změnám systému (struktura rodiny, hranice mezi jednotlivými členy, pravidla fungování rodiny, prostor pro otevřenou a přímou komunikaci, vyjadřování emocí, sdílení problému a jeho řešení atd.), které předcházejí změnám individuálního chování jedince.

Cílem rodinné terapie není tedy změna jednoho člena rodiny, ale změna celého rodinného systému. Zdatnost rodinného systému představuje preventivní faktor pro jakékoli další symptomové chování v něm, napomáhá rodině konstruktivněji řešit potenciální problémy, které mohou v budoucnu nastat.

## **Sociální rehabilitace**

Pojem sociální rehabilitace nahrazuje v souladu s mezinárodní odbornou klasifikací pojmy rehabilitace a resocializace drogově závislých, které jsou v odborné literatuře užívány značně rozpolupně. Sociální rehabilitace vyplývá z bio-psycho-sociálního modelu závislosti, neboť se zaměřuje na psychosociální a sociální aspekty vzniku a vývoje závislosti a stejně tak na jejich změny v průběhu celého procesu léčby. Jejím cílem je dle Dvořáka „(re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů“.<sup>74</sup> Klíčovým tématem socializace je zvládnutí sociálních rolí, které umožňují jedinci úspěšné začlenění do společnosti. Tento proces se odehrává v průběhu osobnostního a sociálního růstu člověka, především v rodině, jehož cílem je vytvoření pozitivního vztahu k sobě

---

72 Kalina, K.: Rodinná terapie a práce s rodinou. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 48

73 Rodinná terapie. In Kalina, K. A kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online], 2003, datum poslední revize 4. 10. 2005 [cit. 2008-10-15]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/r/rodinna\\_terapie](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/rodinna_terapie)>

74 Dvořák, D.: Sociální rehabilitace. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 64.

samému, schopnost samostatně řešit sociální situace a zároveň obstát požadavkům sociálního prostředí. U osob drogově závislých však dochází v různých vývojových obdobích k narušení tohoto vývoje. Úkolem terapie je poskytnout klientovi prostor k sociálnímu učení, který jeho individuální nedostatky obnovuje, přetváří či vytváří poprvé. Konečným cílem je zvládnutí potřebných dovedností, které souvisejí s novým bezdrogovým životem. **Typické okruhy problémů, které se řeší v rámci sociální rehabilitace**, shrnuje Dvořák takto:

- narušená či neexistující síť blízkých vztahů a naopak dlouhodobá nebo závislostí „zablokovaná“ schopnost blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet
- nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a „adekvátního“ sebeprosazení
- nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- právní a finanční problémy a nízký socioekonomický status
- životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění.<sup>75</sup>

Kombinace terapeutických aktivit k vytvoření potřebných změn jsou prováděny na všech úrovních poskytované péče dle individuálních potřeb klienta a etapy léčebného procesu a mohou být doplněna o další podpůrné služby, jako jsou chráněné bydlení a chráněné dílny, socioterapeutické kluby apod.

### **Sociální práce**

Sociální práce bývá u uživatelů drog většinou nutnou součástí léčby na kterékoli úrovni systému péče. Klienti přichází s řadou sociálních či existenčních problémů, které z různých příčin nejsou schopni sami řešit. Nebývá výjimkou, že právě tyto problémy bývají hlavní příčinou prvotního kontaktu se zařízením

---

<sup>75</sup> Dvořák, D.: Sociální rehabilitace. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 s. 65

poskytující pomoc osobám drogově závislým či jiným obdobným zařízením, kde je nabízena konkrétní forma pomoci z naléhavé a tíživé životní situace.

Cíl sociální práce vychází dle některých autorů z **konceptu sociálního fungování jedince ve společnosti**. Definici tohoto pojmu spolu s cíli, k nimž má sociální fungování směřovat, uvádí také slovník sociální práce, vydaný v roce 1995 Národní asociací sociálních pracovníků<sup>76</sup>. Jak dále uvádí Navrátil, „koncept sociálního fungování klade důraz na schopnosti člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek jeho nerovnovážné interakce se sociálním prostředím”.<sup>77</sup> Právě náročné požadavky prostředí spolu s komplikovanou životní situací klientů vytváří prostor pro kumulaci vzájemně na sebe navazujících problémů, které je potřeba během léčby řešit. V dnešní době existují tři přístupy (tzv. malá paradigmata), jak k řešení těchto problémů přistupovat. Tyto přístupy pohlíží na sociální práci jednak jako na terapeutickou pomoc, která je zaměřena na osobnost člověka a jeho duševní zdraví a prováděná především formou individuální a skupinové psychoterapie, jednak jako na reformu společenského prostředí a jeho sociálních struktur a v posledním případě jako na sociálně právní pomoc, založenou na poskytování informací, poradenství nebo zprostředkování jednotlivých služeb.<sup>78</sup> Každé z paradigmat nabízí pro práci se závislými klienty něco přínosného, avšak jak upozorňuje výše jmenovaný autor, pro vlastní praxi je třeba formulovat nový přístup, který zahrnuje širší komplex faktorů a otázek sociálního fungování, při rozboru životní situace jedince ve snaze mu vhodně a účelně napomáhat.

### **Svépomocné programy**

Termínem svépomocné programy jsou označovány nejrozličnější druhy aktivit, které napomáhají lidem v rozličných těžkých životních situacích. Ve světě v

---

76 Pozn.: Definici sociálního fungování dle tohoto slovníku uvádí např. Navrátil, P.: Sociální práce. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 70

77 Navrátil, P.: (tamtéž) s. 70

78 Více o těchto "malých paradigmatech" např. P. Navrátil: "Úvod do teorií a metod sociální práce" (2001).

oblasti závislostí má tento druh pomoci svou nezastupitelnou úlohu a je považován za jeden z neúčinnějších nástrojů. Jak uvádí Pecinová<sup>79</sup>, jedná se o přístup velmi efektivní, neboť podporuje vlastní aktivitu a zodpovědnost uživatelů, které jsou právě díky drogám potlačeny, ale také z hlediska vynaložených prostředků. Význam těchto programů či aktivit spočívá ve vzájemné podpoře uživatelů drog mimo formální péči, např. v oblasti praktické pomoci při řešení sociálních a existenčních problémů, poskytování rad či psychické a emoční podpory. Je zřejmé, že některé rysy svépomoci lze nalézt i v rámci klasických léčebných zařízení (podpora starších klientů mladším klientům, méně motivovaným a zkušeným, samostatně vedené skupiny klientů atd.). V této souvislosti autoři Vobořil a Kalina<sup>80</sup> připomínají podstatnou úlohu bývalých klientů (**tzv. ex-userů**) v procesu léčby. Nejznámějším svépomocným hnutím (několik tisíc organizací v několika zemích na světě) jsou bezesporu **Anonymní alkoholici**, při čemž na základě jejich filosofie postupně vznikají další obdobná hnutí a organizace po celém světě. Základní teoretické východisko pro činnost svépomocných organizací vyplývá především ze společné zkušenosti členů, vzájemné pomoci a podpoře, kolektivní vůle, energie a víry, z významu informací, konstruktivního jednání ve vztahu ke sdíleným cílům, z uplatňování tzv. „principu pomáhajícího“ z uplatňování teorie „přidružování se“ a „odlišování se“<sup>81</sup>.

### **Terapeutická komunita**

Terapeutickou komunitu (TK) lze definovat jako „specializované rezidenční pobytové zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci“<sup>82</sup>, zároveň je to však také psychoterapeutická metoda a systém organizace léčebného oddělení. Tradiční filozofie terapeutické komunity vychází

---

79 Heller, J., Pecinová, O. a kol.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996.

80 Vobořil, J., Kalina, K.: *Svépomocné programy*. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

81 Heller, J., Pecinová, O. a kol.: (tamtéž) s. 108 – 109.

82 Adameček, D., Richterová-Těmínová, M Kalina, K.: *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 201

z patnácti faktorů TK, které se pokládají za nezbytné pro efektivní terapeutický proces v léčbě závislých.<sup>83</sup> Mezi specifika TK patří bezpečné prostředí s jasně definovanými pravidly, otevřená a neformální atmosféra, sdílení práce na udržování a chodu zařízení, terapeutická úloha klientů a jejich podíl na moci, společné hodnoty a myšlenky. Veškeré aktivity probíhající v rámci TK jsou zaměřeny na vývoj osobnosti a emoce, chování, duchovní rozměr osobnosti, etiku, společné hodnoty a na dovednosti přežít a být profesně zajištěn.<sup>84</sup> Cílem TK je změna životního stylu klienta s přijetím abstinence jako jeho součástí. K tomu jsou využívány různé aktivity, mezi něž patří především individuální a skupinová terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity, vzdělávání, sociální práce a dal. Svou terapeutickou úlohu má také samotný život v TK, jehož podmínky se co nejvíce přibližují běžnému životu, neboť má svou strukturu, pravidla, režim, úkoly, prostředí, komunikaci a interakci, a tím dochází k reálným situacím, které se klienti učí řešit novým adaptivním způsobem. Reakce spoluklientů i členů terapeutického týmu na klientovo chování a jednání mu dává možnost k sebereflexi, uvědomění si některých vlastních nedostatků, osobních problémových témat, a tím k vlastní změně. Další podstatnou charakteristikou TK oproti jiným typům léčby je konečná fáze pobytu, během níž se klienti začínají začleňovat do běžného života tím, že si hledají zaměstnání a bydlení a zajišťují doléčování. Dochází k postupné separaci od života v TK i od skupiny. V této fázi jsou opět klienti zranitelnější, častěji se vyskytují v nechráněném prostředí mimo TK, mezi novými lidmi, znovu se mohou ozývat staré problémy, objevují se nové, dochází k většímu osamostatňování se, i k prvním neúspěchům. Náročnost tohoto období vyžaduje množství podpory ze strany týmu i spoluklientů. Ukončení terapie v TK a plynulý přechod do doléčování významně ovlivňuje klientův další postup.

---

83 Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K.: Terapeutická metoda jako metoda a systém (příloha/ Účinné faktory TK v léčbě závislosti). In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 61

84 Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K.: (tamtéž) s. 57

## 2.8 Následná péče a doléčování

Vymezení a rozlišení pojmů následná péče a doléčování není jednoznačné, i přesto je lze považovat za synonyma. Jak vyplývá z předchozí kapitoly, doléčování plynule navazuje na základní léčbu. Klient navazuje první kontakt s doléčovacím zařízením již v průběhu poslední fáze. Podle definice uvedené v Glosáři pojmů<sup>85</sup> je **smyslem intervencí následné péče udržení změn u klienta, které nastaly v průběhu léčby**. Program je zaměřen především na pomoc při vytváření podmínek pro abstinenci klienta v životě po léčbě a podporu při jeho stabilizaci. Konečným cílem je pak integrace klienta do podmínek normálního života.

Mezi **hlavní složky programu následné péče** patří zejména psychoterapie, prevence relapsu, poradenství a sociální práce, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit, chráněné bydlení a chráněná práce a zdravotní péče, která je poskytována prostřednictvím sítě dostupných specialistů, které může doléčovací zařízení doporučit. V tomto období mnoho klientů s hepatitidou typu C nastupuje léčbu interferonem v příslušné nemocnici.

**Psychoterapie** bývá poskytována formou individuální i skupinovou. Klienti při ní mohou plynule navazovat na témata, která řešili již v průběhu základní léčby, zároveň se však mohou objevovat témata úplně nová v souvislosti s novou životní situací. Je třeba připomenout, že poskytované intervence se zaměřují především na podporu abstinence a bezdrogového životního stylu i přesto, že problematika klienta může být daleko rozsáhlejší. Snahou následné péče tedy není vyřešení všech problémů, které klienta trápí. Jak upozorňuje např. Kuda, „*dobrý terapeut v následné péči pozná, kde je mez, za kterou – vzhledem k stabilitě závislého v abstinenci – již není žádoucí zajít*“.<sup>86</sup> Pokud by tedy klient potřeboval intenzivnější psychoterapii, je vhodnější jej doporučit k jinému specialistovi. Při skupinové terapii se využívá možnosti zprostředkování zkušeností všech

---

85 Kalina, K. A kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online], © 2003 - 2007, [cit. 2008-11-05]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu)>

86 Kuda, A.: *Následní péče, doléčovací programy*. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 209

zúčastněných klientů nacházejících se ve stejné či podobné situaci. Klienti, kteří jsou v programu déle, bývají často příkladem pro mladší klienty, motivují je a podporují k další práci na sobě, zároveň jim dávají konkrétní a potřebné rady. Při terapii mohou sehrát úlohu také jejich neúspěchy, popř. způsoby jejich řešení.

Jak dále výše jmenovaný autor upozorňuje, „*obava z možného selhání (relapsu) je klíčovým motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče*”<sup>87</sup>, proto je **prevence relapsu** řazena mezi nejdůležitější složky programu. Náhlá volnost je pro klienty po dlouhodobém pobytu (někdy i více než rok) mezi pravidly a v chráněném prostředí obtížnou zkouškou. I přesto, že jsou klienti rozhodnutí k abstinenci, často musí ještě dlouho odolávat cravingu v rizikových situacích a vyhýbat se rizikovému chování. Problémem nemusí být ani tak relaps na primární droze, ale spíše testování alkoholu a marihuany, jež klienti často považují za neškodné. Úplná abstinence od alkoholu a drog není konečným cílem léčby, nýbrž jeho prostředkem, a proto je také vyžadována od klientů v programu doléčování. Alkohol či marihuana se mohou stát rychle prostředkem k řešení nejrůznějších problémů v obtížné situaci, což si klienti sami neuvědomují, a tak mohou vyměnit jednu závislost za jinou. V rámci terapie je snaha vybavit klienta potřebnými schopnostmi a vědomosti ke zvládnutí rizikových situací. Dle výsledků výzkumů je pro stabilizaci bezdrogového životního stylu důležitá doba jednoho roku po léčbě.

I v následné péči je dle možností využívána **rodinná terapie**<sup>88</sup>, čímž se zvyšuje efektivita celého procesu, zvláště u dětí či mladších jedinců. Tito jedinci často během léčby prodělají osobnostní změnu, je však také zapotřebí upravit podmínky v celém rodinném systému. Naproti tomu mnoho klientů následné péče pochází z jiných oblastí ČR, neboť za léčbou odcházejí daleko od svých domovů, a proto je zapojení rodiny prakticky obtížné. V některých případech naopak rodina očekává od klienta samostatné fungování, zvláště když se nevrací do domácího prostředí.

---

87 Kuda, A.: Následní péče, doléčovací programy. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 209

88 Pozn. Více o rodinné terapii viz kapitola 2.4 Léčba závislostí



Jejich podpora pak spočívá především v praktické pomoci, poskytnutí financí, zařízení k bydlení či jiných potřebností apod.

Sociální práce v rámci doléčování je zaměřena na **sociálně – právní poradenství, praktickou pomoc**, ale především na podporu klienta při samostatném řešení těchto problémů, což je pro něj nejpřínosnější. Jak již bylo uvedeno výše, okruh sociální problémů klientů následné péče bývá rozmanitý<sup>89</sup>. Zpočátku bývá jejich životní situace velmi nestabilní, klienti si hledají zaměstnání, zařizují bydlení, seznamují se s novým prostředím i novými lidmi. Největším problémem zpočátku bývá nedostatek financí, často omezen dalšími splátkami dluhů, nedostatečné sociální zázemí a celková nespokojenost s obtížnou realitou. Často jedinou oporou klienta bývá doléčovací zařízení, terapeuti a spoluklienti. Úkolem terapie je i v tomto případě podpora klienta v postupném budování normálních a kvalitních sociálních vztahů ve společnosti.

**Práce s volným časem** bývá ožehavým a někdy velmi problematickým tématem klientů. Někteří klienti mají problém najít si vhodný způsob vyplňování svého volného času, neboť nejsou v hledání vhodných činností dostatečně aktivní, stěžují si na nedostatek příležitostí či financí apod. Proto bývá součástí programu nabídka různých forem aktivit, zvláště víkendových, např. výletů, návštěv kina či divadla, svátečních besídek a posezení apod. Nuda a prázdný prostor se mohou stát rychle spouštěčem rizikového jednání s následkem relapsu.

Součástí některých doléčovacích zařízení bývá i **chráněné bydlení**, jehož cílem je dočasné zajištění ubytování při absolvování terapeutického pobytu. Bydlení je časově omezeno a z větší části hrazeno klienty. Chráněné bydlení má svá pravidla, především bezdrogové prostředí. Možnost sociálního zázemí významně usnadňuje výchozí situaci klienta a podporuje jeho stabilizaci v nové životní situaci. I **chráněná práce** je formou sociální služby poskytované v rámci resocializačního programu, tedy i programu doléčování. Jejím cílem je dle Dvořáka<sup>90</sup> znovuoobnovení či vytvoření běžných pracovních návyků, získání

---

<sup>89</sup> Viz kapitola 2.2.2 Sociální důsledky

<sup>90</sup> Dvořák, D.: Chráněné bydlení a chráněná práce. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003.

pracovních dovedností a finanční příjem, to na základě řádné pracovní smlouvy. Je třeba upozornit na to, že konečným cílem je zaměstnání klienta na volném trhu práce, proto by neměla chráněná dílna zbytečně sdružovat klienty, kteří jsou běžně zaměstnatelní. To jim ubírá možnost využití vlastních kompetencí a sil a posílení vlastního sebevědomí, což je z hlediska cílů následné péče kontraproduktivní.

**Doporučená délka programu** je velmi pohyblivá, vyplývající z potřeb klienta a doporučení jeho terapeuta. Obecně se většinou doporučuje minimálně šest měsíců, zpravidla se však poskytované intervence prodlužují na dobu jednoho roku v souvislosti se zakázkou klienta. Program následné péče je rozdělen do několika fází (zpravidla tři fáze) a podle toho se také odvíjí četnost kontaktu klienta se zařízením. Je zřejmé, že intenzita terapie postupem času slábne, což je také důsledkem léčebného procesu, stabilizace klienta v nové situaci a důkazem jeho fyzického, psychického a sociálního osamostatnění a převzetí vlastní zodpovědnosti za svůj život. Ukončení programu probíhá formou rituálu i přesto, že faktický kontakt mezi zařízením a klientem nemusí být přerušen. Bývalí klienti mohou kdykoli navštívit doléčovací zařízení, požádat o radu či pomoc a účastnit se některých společenských, zejména výročních aktivit. Úspěšné ukončení programu následné péče je stejně jako v případě rezidenční léčby, nebo ještě více, považováno za předpoklad zdárného naplnění cíle léčebného procesu a celkové údravy závislého. I tak nelze ještě po dlouhou dobu hovořit o vyléčení či záchranu klienta, jak již bylo v souvislosti s léčbou závislostí zdůrazňováno.

Dle statistických údajů v r. 2007 poskytovalo následnou péči 18 zařízení dotovaných RVKPP.<sup>91</sup> Celkem 13 zařízení poskytovalo svým klientům chráněné bydlení a 5 zařízení také chráněné zaměstnávání. Služeb následné péče využilo celkem 883 klientů (z toho 563 mužů). Celková kapacita chráněného bydlení byla 126 míst, která využilo 261 klientů. V chráněných dílnách pracovalo 44 klientů.<sup>92</sup>

---

91 Pozn.: Seznam zařízení poskytující následnou péči a doléčování uvádí příloha č.1.

92 Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008*: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089 [cit. 2009-20-9]. URL <<http://www.drogy->

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíl praktické části**

Praktická část bakalářské práce si kladla za cíl odpovědět na otázku, zda následná péče prováděná v Centru ambulantních služeb (CAS) Advaita přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů. V souladu s cílem práce byly předmětem zkoumání potřeby a problémy klientů, které je provází během účasti v programu následné péče. Výzkumný záměr se dále zabýval otázkou, jak vytyčená problémová témata ovlivňují průběh doléčování, resp. udržení abstinence po léčbě a ve výsledku integraci klientů do normálního života většinové společnosti.

#### **3.1.1 Základní informace o občanském sdružení Advaita**

Občanské sdružení Advaita bylo založeno v roce 1997, následující rok vznikl doléčovací program. Původním záměrem zakladatelů bylo činností sdružení navázat na program Terapeutické komunity pro drogově závislé v Nové Vsi a doplnit jej o činnosti, které terapeutická komunita nezajišťovala, tedy založit centrum následné péče, posledního článku systému péče o drogově závislé, který do té doby v Libereckém kraji chyběl. V roce 2003 pak sdružení rozšířilo činnost centra o nový program ambulantního poradenství, určený pro jinou cílovou skupinu. V roce 2007 převzalo občanské sdružení Advaita od Centra sociálních služeb Libereckého kraje novoveskou terapeutickou komunitu a stalo se jejím zřizovatelem. V roce 2008 došlo k rozdělení Programu ambulantního poradenství na jednorázové poradenství a krátkodobé intervence a dlouhodobý, soustavný program.

Posláním občanského sdružení Advaita je pomáhat jednotlivcům a rodinám ohroženým škodlivými návyky a vytvářet podmínky pro prevenci, poradenství, léčbu a sociální, zdravotní a pracovní rehabilitaci. V celospolečenském kontextu se sdružení podílí na snižování poptávky po drogách a naplňuje tak jednu ze tří základních strategií moderní protidrogové politiky.

Cílem poskytovaných služeb je zapojení klientů do společnosti přiměřeně ke svému věku a svým možnostem, což u většiny z nich představuje soběstačný životní styl s vlastní prací a bydlením. Za účelem naplnění poslání organizace jsou provozovány dvě zařízení a v nich tři programy – program ambulantního poradenství, terapeutická komunita a doléčovací program.

Poskytované služby jsou registrovány jako služby sociálního poradenství a sociální prevence podle § 37, 64 a 68 zákona č. 108/2006 Sb. a jsou certifikovány Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

### **Centrum ambulantních služeb<sup>93, 94</sup>**

Centrum ambulantních služeb (CAS) je součástí systému péče o závislé, zaměřuje se na sekundární a terciální prevenci závislostí. Od roku 2003 CAS nabízí dva programy: **program ambulantního poradenství<sup>95</sup> a doléčovací program**. Oba programy jsou poskytovány ve stejných prostorách a služby jsou zajišťovány jedním pracovním týmem.

Mezi základní principy poskytovaných služeb patří:

- individuální přístup ke klientům s ohledem na jejich přání, potřeby a cíle,
- rovný přístup ke všem uživatelům,
- podpora a pomoc při opětovném začleňování do společnosti,
- respektování individuality člověka, jeho osobní volby a svobody,
- podpora k soběstačnosti a samostatnosti klientů.

Centrum ambulantních služeb je zařízení poskytující péči osobám ohroženým návykovým chováním v různém stádiu rozvoje závislosti a jejich blízkým. Hlavním posláním zařízení je poskytování takových služeb, které přispívají ke změně a zvýšení kvality života klientů, vedou je k převzetí zodpovědnosti za sebe a své jednání, upevňují jejich pozitivní postoje a hodnoty a posilují jejich odmítavý postoj k drogám.

---

<sup>93</sup> Pozn. Centrum ambulantních služeb Advaita v Rumunské ul. v Liberci (foto) uvádí příloha č. 2

<sup>94</sup> Pozn. Informační leták o CAS Advaita uvádí příloha č. 3

<sup>95</sup> Pozn. Koncepci ambulantního poradenství CAS Advaita uvádí příloha č. 4

Služby jsou poskytovány osobám ve věku od patnácti let, zejména občanům Liberecka a Libereckého kraje. Uživatelem služby může být každý člověk bez ohledu na pohlaví, rasu, politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení a socioekonomické možnosti. Služby jsou poskytovány zdarma.

### **Doléčovací program<sup>96</sup>**

Doléčovací program se zaměřuje na podporu lidí, kteří prošli léčbou závislosti a jsou rozhodnutí abstinovat od návykových látek či hazardního hraní. Podmínkami účasti v programu je minimálně tříměsíční doba abstinence, zaslání písemné žádosti a životopisu a věk minimálně patnáct let. Program se zaměřuje na předcházení návratu k návykovému chování, umožňuje klientům aktivně se podílet na řešení jejich sociální situace, především v oblasti zaměstnání, bydlení, rodinných a partnerských vztahů, motivuje je k dalšímu osobnímu rozvoji a pomáhá jim při jejich zpětném začleňování do společnosti.

Délka programu je 6–12 měsíců. Program je rozdělen do tří fází, každá fáze trvá 2–4 měsíce. Jednotlivé fáze se odlišují především frekvencí návštěv a mírou podpory, kterou klientům terapeutický tým poskytuje. V průběhu programu mají klienti možnost řešit konkrétní a reálné problémy související s jejich návratem do běžného života. Jsou motivováni k nápravě svých rodinných a dalších sociálních vazeb, nalezení vhodného a důstojného zaměstnání a bydlení. Nedílnou součástí programu je posilování jejich odmítavého postoje k drogám a závislostnímu chování. Účast klientů v programu je dána pevně stanovenými pravidly, které obsahují zásady prevence relapsu a pravidel společenského chování. Program je zajišťován individuálními a skupinovými činnostmi, které vedou pracovníci centra v rámci kompetencí psychoterapeuta, sociálního pracovníka, osobního garanta a vedoucího skupinového sezení.

Během prvních setkání je s klientem zhotovena příjmová dokumentace a sestaven osobní plán se specifikací klientova budoucího programu s ohledem na jeho přání, cíle a potřeby. Standartní program zohledňuje omezené časové

---

<sup>96</sup> Pozn. Koncepti doléčovacího programu CAS Advaita uvádí příloha č. 5

možnosti klientů (zaměstnání, dojíždění). Klienti, kteří nejsou zařazeni do standartního programu DC (nesplňují podmínky přijetí, porušují pravidla či nesplňují podmínky stanovené programem), mohou vstoupit do programu ambulantního poradenství s možností pozdějšího přestupu do doléčovacího programu. Ukončení spolupráce je předem plánováno s účelem zabezpečit možnost dalších kontaktů pro podporu a pomoc v případě potřeby či krize.

**Základní údaje o klientech v doléčovacím programu** během let 2006, 2007 a 2008 uvádí tabulka č. 1.

**Tabulka č. 1: Statistické údaje o klientech DC Advaita v letech 2006, 2007, 2008<sup>97</sup>**

<b>Doléčovací program</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Kapacita programu (počet klientů současně v programu)	15	15	15
Délka programu (v týdnech)	24-52	24-52	24-52
Průměrná délka programu 1 klienta	176	158	207
Počet všech uživatelů drog v programu	24	25	20
- z toho prvních kontaktů	16	19	15
- z toho mužů	15	16	11
- z toho injekčních uživatelů drog	19	12	15
- z toho se základní drogou heroin	6	8	4
- z toho se základní drogou pervitin	17	14	14
- z toho se základní drogou kanabinoidy	1	1	1
- z toho se základní drogou alkohol	1	2	1
Počet klientů, kteří program úspěšně ukončili	9	12	7
Počet klientů, kteří ukončili program předčasně	9	6	5
- z toho byli z programu vyloučeni	7	5	3
Průměrný věk klienta	26,5	26,5	25,3
Počet neuživatelů, kteří alespoň jednou využili služeb programu (rodinní příslušníci, blízcí)	11	15	7
Počet bývalých klientů, kteří se účastnili některých aktivit programu nebo měli konzultaci	?	32	34
Počet kontaktů klienta a pracovníka	2007	1824	928
- z toho s klienty v programu	1632	1407	763
- z toho s bývalými klienty	336	397	157
- z toho s rodinnými příslušníky klientů v programu	9	20	8

97 Výroční zpráva 2008 – Advaita. [cit. 2008-11-05] URL <<http://advaitaliberec.cz/wp/wp-content/uploads/advaita-vz-2008.pdf>>

V roce 2008 se zúčastnilo doléčovacího programu 20 klientů, z toho 11 mužů a 9 žen. Z roku 2007 pokračovalo 5 klientů, 15 klientů bylo nově přijatých. Tito klienti tvořili základ výzkumného vzorku. Ve srovnání s rokem 2007 klesl počet klientů v programu, prodloužila se však doba setrvání jednoho klienta v programu. Vzrostl také počet individuálních konzultací, stejně tak jako návštěv exklientů. V roce 2008 nastoupilo do programu 10 klientů z Terapeutické komunity v Nové Vsi, 9 klientů z psychiatrických léčeben, především z PL Červený Dvůr, PL Bohnice, PL Bílá Voda, PL Nechanice, PL Plzeň, 1 klient přestoupil do našeho programu z Děčínského doléčovacího centra. Program ukončilo 12 klientů: 7 řádně, 5 předčasně, z nichž 4 přestoupili do Programu ambulantního poradenství.

Od dubna 2009 rozšířilo centrum poskytované služby o službu podporovaného bydlení. Hlavním důvodem je reakce na potřeby klientů, kdy velké množství klientů, kteří dokončili léčebný program v Terapeutické komunitě v Nové Vsi, odchází do jiných doléčovacích center právě z důvodu, že jim je poskytnuto také chráněné bydlení.

### **3.1.2 Stanovení předpokladů**

S ohledem na cíl bakalářské práce byly stanoveny tyto předpoklady:

1. Lze předpokládat, že jedním z nejdůležitějších faktorů pro vstup do programu následné péče je obava klientů z možného relapsu.
2. Lze předpokládat, že na udržení abstinence po léčbě má vliv stabilita životní situace klienta.
3. Lze předpokládat, že stabilita životní situace je ovlivněna
  - zaměstnáním
  - bydlením
  - finanční situací (dluhy, schopnost hospodařit s penězi,...)
  - sociálními kontakty (rodinné, partnerské, pracovní a jiné mezilidské vztahy)
  - kvalitou volnočasových aktivit
  - zdravotním stavem (somatickým i psychickým)
  - uspokojováním potřeb (seberealizace)
  - osobností klienta (vlastnosti, postoje, motivy, přesvědčení, očekávání).

## **3.2 Použité metody a průběh průzkumu**

Pro tuto bakalářskou práci bylo využito několik typů výzkumných metod:

### **1. Studium odborné literatury a interních předpisů**

Základní informace o doléčovacím programu zabezpečovaném občanským sdružením Advaita, a o poskytovaných službách byly získány formou studia odborné literatury a interních předpisů vztahujících se k tématu.

### **2. Dotazníkové šetření**

Dotazníkové šetření bylo zvoleno pro získání základních informací o klientech doléčovacího programu. Standardizované dotazníky<sup>98</sup> byly vytvořeny pouze pro účely tohoto výzkumu a byly anonymní. Dotazníky byly sestaveny do třech

---

98 Viz příloha č. 6



tematických okruhů – osobní a sociální fungování, zdravotní stav a léčba a doléčování, v nichž byly využity především uzavřené otázky. Některé otázky nabízely možnost doplňujících odpovědí. Dotazníkové šetření tvořilo základ pro druhou část průzkumu. Tato metoda byla zvolena pro jednoduchost a efektivnost z hlediska získání základních údajů o klientech, které by v rozhovoru zbytečně zabíraly mnoho prostoru.

### **3. Polostrukturovaný rozhovor**

Rozhovory tvořili stěžejní část výzkumu, neboť měly poskytnout údaje pro ověření předpokladů stanovených v praktické části, zaměřovaly se na subjektivní vnímání vlastního procesu doléčování u jednotlivých klientů. Osnova rozhovoru<sup>99</sup> byla sestavena tak, aby naplňovala výzkumný záměr, tzn. že odpovědi měly objasnit to, jak probíhá doléčování, jaké mají klienti potřeby a potíže a jak jejich stávající situace ovlivňuje probíhající (re)integraci do společnosti. V průběhu rozhovoru byly postupně zmiňovány oblasti, které by měly obsáhnout celý komplex specifických potřeb – bydlení, práce a finance, vzdělávání, zdraví, mezilidská komunikace, seberealizace, volný čas a rodina (otázky č. 4, 5, 6, 13). Otázky měly klienty také navést k zamyšlení, jakou úlohu v tomto procesu zaujímá samotné doléčovací centrum, poskytované služby, program či terapeutický tým (otázky č. 1, 2, 3, 7, 8, 14). Do osnovy rozhovory byly začleněny také otázky týkající se problematiky prevence relapsu, jež tvoří stěžejní složky programu následné péče (otázky č. 9, 10, 11, 12, 15).

Výhodou této metody je získání velkého množství cenných informací o klientech, především o jejich pocitech, myšlenkách a postojích. Tato metoda byla zvolena také s ohledem na schopnost většiny klientů otevřeně, podrobně a upřímně hovořit o své závislosti, léčbě a sobě samých, kterou získali v průběhu léčebného procesu.

---

<sup>99</sup> Viz příloha č. 7

## **Průběh průzkumu**

Průzkum za účelem získání potřebných údajů probíhal od listopadu 2008 do února 2009 a následná analýza a zpracování dat v průběhu března a dubna 2009. Konečný sběr dat se odlišoval od původního záměru, neboť spolupráce klientů neprobíhala dle plánu. Zahájení průzkumu předcházela domluva s vedoucím doléčovacího centra a s ostatními pracovníky Advaita, o. s. o realizaci průzkumu na vybrané téma, o jeho cíli, účelu a průběhu. Následně byli klienti svými terapeuty dotázáni na ochotu účastnit se průzkumu a na souhlas s návštěvou tazatele v centru. Souhlas klientů podmiňoval zahájení průzkumu, neboť návštěva cizí osoby v chráněném prostředí centra bývá povolena pouze ve výjimečných případech a právě se souhlasem klientů. První oslovení klientů proběhlo v rámci předvánoční besídky, během níž byl potenciálním respondentům představen průběh průzkumu, jeho cíl a účel, se kterým všichni dotázaní souhlasili, zároveň byly rozdány i dotazníky s návrhem dalšího postupu. Upravená verze dotazníků byla rozdělena i mezi exklienty programu, kteří byli také přítomni a souhlasili s účastí na průzkumu. Klienti byli hned zpočátku upozorněni na nutnost audiozáznamu pro pozdější analýzu rozhovorů a ubezpečeni o naprosté anonymitě v celém průběhu průzkumu i po té.

### **3.3 Základní charakteristika zkoumaného vzorku**

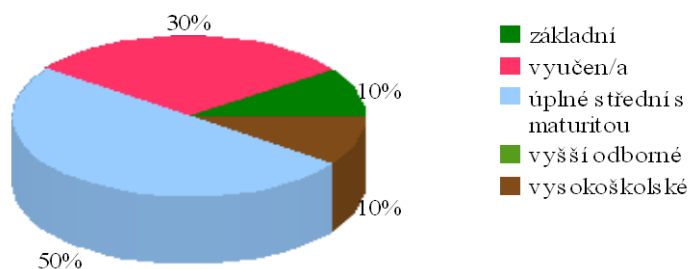
Původní vize zkoumaného vzorku zahrnovala všechny klienty, kteří se v průběhu doby od listopadu 2008 do března 2009 účastnili programu následné péče v doléčovacím centru občanského sdružení Advaita. V době zahájení průzkumu (listopad 2008) to bylo celkem 12 klientů. První kontakt s respondenty proběhl za účasti 11 klientů a 3 exklientů, kterým byli rozdány dotazníky. Ze 14 rozdaných dotazníků se jich navrátilo 10, přičemž všechny dotazníky odevzdali současní klienti. Tito klienti také přislíbili účast na druhé fázi průzkumu, tedy souhlasili s rozhovorem. V konečné fázi jeden klient nakonec rozhovor odmítl. Důvodem k odmítnutí rozhovoru byla obava klienta ze zneužití audiozáznamu, nakonec mu byla poskytnuta osnova rozhovoru a na dané otázky klient odpověděl písemně. Základní charakteristika klientů programu následné péče byla odvozena z dotazníkového šetření.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že mezi respondenty bylo 50% mužů a 50% žen, což nebylo úmyslné. Průměrný věk klientů činil 27 let, přičemž průměrný věk mužů byl 29,6 let a průměrný věk žen 24,4 let. Respondenti absolvovali průměrně 4,3 léčeb a to i nedokončených, přičemž ženy absolvovali průměrně 1,8 léčeb a muži 6,8 léčeb. 60 % respondentů nastoupilo do programu následné péče po absolvování léčby v terapeutické komunitě a 40 % z nich po léčbě v psychiatrické léčebně.

### 3.4 Analýza výsledků a jejich interpretace

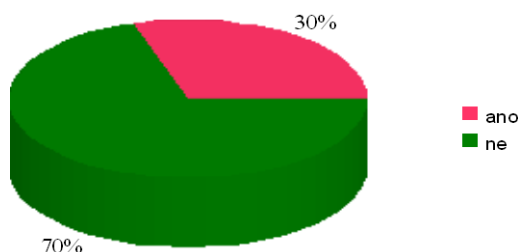
Pro uvedení potřebných informací o respondentech, příp. o klientech následné péče, a o jejich životní situaci byly vyčleněny tyto kategorie: **vzdělání, rodinný stav a vztahy s partnerem, děti, vztahy s rodiči, studium, zaměstnání, dluhy, bytová situace, volný čas, trestná činnost, zdravotní stav, léčba a doléčování.** Základní data byla získána z dotazníkového šetření, jejich podrobnější rozbor vyplynul z proběhlých rozhovorů, ve kterých byly jednotlivé kategorie více rozpracovány. Dle výše uvedených kategorií byly získány o klientech následující údaje:

**Graf č.1: Vzdelání**



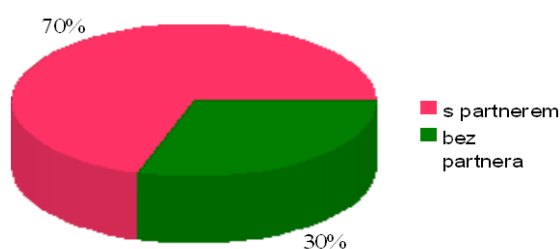
Graf č. 1 vyjadřuje procentuální podíl stupně vzdělání u respondentů, přičemž více než polovina respondentů má vzdělání středoškolské s maturitou a vyšší. Tento údaj potvrzuje, že závislost nesouvisí s výškou inteligence (viz kap. 2.4).

**Graf č. 2: Studium či rekvalifikace**



Graf č. 2 uvádí, že 30% respondentů začalo v průběhu doléčování se studiem či s rekvalifikací. Dva respondenti plánují další vzdělávání, jeden respondent začíná a autoškolou. Tato skutečnost je pozitivní s ohledem na skutečnost, že klienti následné péče, kteří ještě nejsou v nové životní situaci zcela zakotveni, již pracují na svém seberůstu a sebevzdělávání, což je trendem i ve většinové společnosti. Je to také známkou přizpůsobivosti klientů i přesto, že obecný názor většinové společnosti spíše poukazuje na nepřizpůsobivost (ex)uživatelů návykových látek.

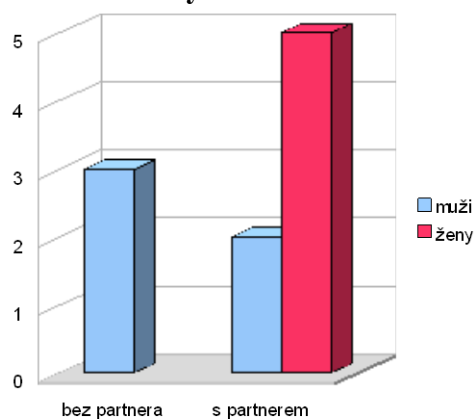
**Graf č. 3: Partnerský vztah**



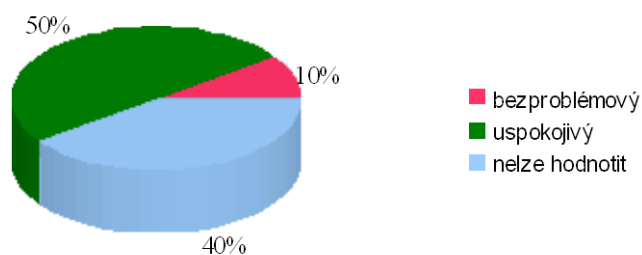
Z grafu č. 3 je patrné, že 70% respondentů žije v partnerském vztahu oproti 30% respondentů bez partnera. Tento údaj odpovídá faktu, že drogově závislí často neumí „být sami“ a trpí silnou touhou po přijetí druhými. (viz kapitola 2.4) Zároveň je také většina klientů „cizinci“ v novém prostředí a nemají základní oporu ve formě rodiny a blízkých, proto častěji navazují partnerské vztahy. Respondenti, kteří uvedli, že jsou bez partnera, následně v rozhovoru potvrdili, že vztahy jsou jejich velké téma a je to právě ta oblast, která jim dělá největší potíže. Proto vztahy nyní raději ani nenavazují, a to ze strachu z možného ohrožení jejich současně stabilní životní situace a následně z možného ohrožení jejich abstinence.

Graf č. 4 uvádí rozdělení soužití v partnerském vztahu dle pohlaví. Grafické znázornění ukázalo, že všechny ženy udržují partnerský vztah, zatímco bez partnera žijí pouze muži.

**Graf č. 4: Partnerský vztah v závislosti na pohlaví**



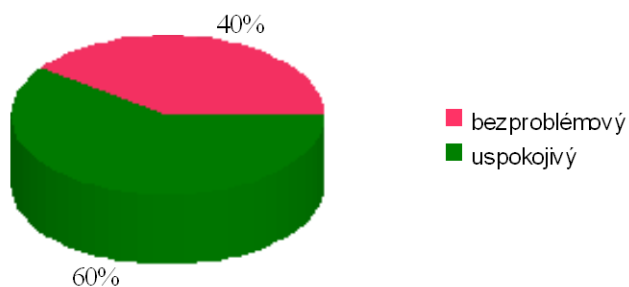
**Graf č. 5: Spokojenost s partnerským vztahem**



Graf č. 5 znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým partnerským vztahem. Všichni dotazovaní, kteří žijí v partnerském vztahu uvedli, že je jejich vztah uspokojivý s občasnými problémy, jeden respondent hodnotí vztah jako bezproblémový. Žádný z dotazovaných klientů nemá děti.

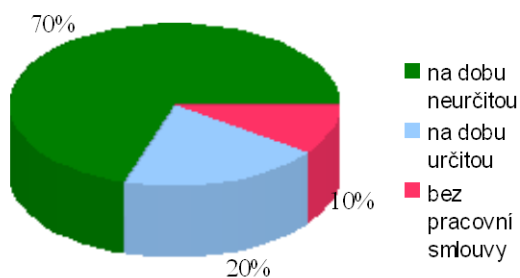
Graf č. 6 dokládá, že všichni respondenti hodnotí vztahy s rodiči jako uspokojivé či úplně bezproblémové. Lze předpokládat, že na tuto skutečnost má vliv především rodinná terapie, která probíhá v rámci léčby. Při vstupu drogově závislého do léčby bývají rodinné vztahy více než narušené, někdy je kontakt úplně ztracen a musí být s pomocí terapeutů a programu znovu navázán.

**Graf č. 6: Spokojenost se vztahem s rodiči**



Z rozhovoru vyplynulo, že rodinnou terapii podstoupilo 90 % exklentů TK, zatímco ani jeden exklent PL ne, pokud již dříve nebyl v TK. Největší přínos rodinné terapie spatřovali respondenti v tom, že dostali prostor k vyřikání si „věcí z minulosti“, a to otevřeně, upřímně a pod ochranou. Důsledkem pak bylo částečné nebo i úplné urovnání vztahů s matkou (nevlastní matkou), příp. s otcem (nevlastním otcem) a celková stabilizace rodinných vztahů. Pokud v TK neproběhla rodinná terapie, důvodem byla vždy neochota ze strany rodičů nikoli ze strany klienta.

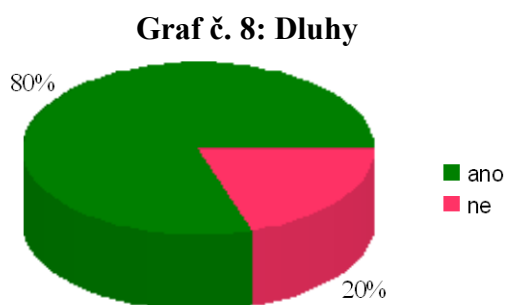
**Graf č. 7: Zaměstnanecký poměr**



Všichni dotazovaní respondenti jsou zaměstnaní, přičemž graf č. 7 znázorňuje, v jakém pracovním poměru. 70 % respondentů pracuje v zaměstnaneckém poměru na dobu neurčitou, 20 % z nich na dobu určitou, což může souviset s dosavadní délkou pracovního poměru. Pouze jeden klient pracuje bez pracovní smlouvy. V programu následné péče jsou klienti podporováni k získání

zaměstnání dle řádné pracovní smlouvy bez ohledu na finanční podmínky. Tuto skutečnost lze vnímat velice pozitivně, neboť mnoho z nich před vstupem do léčby dlouhou dobu nepracovalo vůbec nebo jen příležitostně. Drogový způsob života nekoresponduje s možností trvalého zaměstnání dle řádných pracovních podmínek. Stejně tak je možné dle tohoto údaje předpokládat, že klienti doléčovacího programu jsou zaměstnatelní na volném trhu práce, a tudíž pro většinu z nich není zapotřebí zřizovat podporované zaměstnávání či chráněné dílny. Většina respondentů pracuje ve službách, nelze se tedy domnívat, že bývalí uživatelé návykových látek jsou schopni zastávat pouze dělnické profese či jiné pomocné pozice. Dva respondenti uvedli, že chodí i na brigády.

Jak dále rozhovor potvrdil, všichni respondenti jsou za současnou situaci se zaměstnáním spokojeni, ale jen do určité míry. Důvodem spokojenosti je samotný fakt, že jsou začleněni do pracovního procesu a mají stabilní finanční příjem, a to po dlouhé době. Nespokojenost pramení ve všech případech z výše tohoto příjmu. Většina respondentů by chtěla zaměstnání do budoucna změnit, protože mají vyšší aspirace a jsou si vědomi své hodnoty, kterou však nyní nemají možnost projevit.



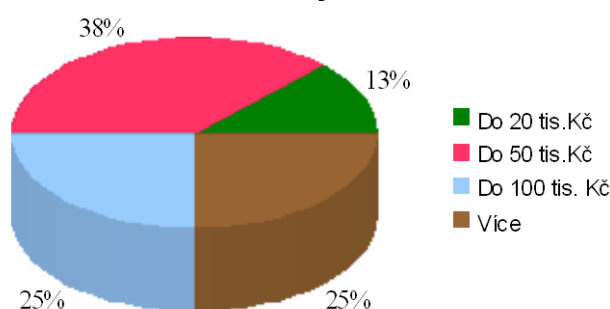
Dle grafu č. 8 je patrné, že většina respondentů má dluhy, které spadají do doby před léčbou. Právě finanční situace nebývá u klientů v následné péči nijak pozitivní, neboť teprve po léčbě většina z nich začíná s jejich splácením. V průběhu léčby jsou sice klienti motivováni k řešení svých dluhů, málokdy však mají dostatek financí, aby se splácením začali. V léčbě klienti především



kontaktují své věřitele s vysvětlením své stávající situace a do programu doléčování nastupují s vyřízenými splátkovými kalendáři. Teprve po nastoupení do zaměstnání a získání stabilního finančního příjmu mohou začít dluhy řešit.

Konkrétní výši dluhů u dotazovaných znázorňuje graf č. 9. Znepokojující je, že čtvrtina respondentů uvádí výši dluhů větší než 100 000 korun a pouze 13 % z nich uvádí dluhy do 20 000 korun, a to jim začátek nové životní cesty neulehčuje. V této souvislosti je nutné připomenout, že klienti jsou často nuceni k dalšímu zadlužení, protože nemají ani zajištěné bydlení, ani základní vybavení bytu a ani další věci potřebné pro život.

**Graf č. 9: Výše dluhů**



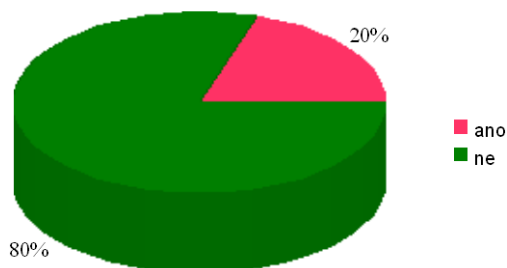
Rozhovor však ukázal, že jsou respondenti ve výsledku spokojeni se svou finanční situací. Pozitivně vnímají to, že jsou schopni splácet svoje dluhy, vést finanční plán a v některých případech i něco ušetřit. Po dlouhé době mají respondenti možnost něco si koupit za vlastně vydělané peníze, což jim přináší uspokojení a radost.

Tuto skutečnost potvrzuje i fakt, že 80 % respondentů bydlí v pronajatém bytě a pouze 20 % z nich s rodiči. Vlastní bydlení je dalším motivačním faktorem, který klienty podporuje ve zvládání svých problémů. Vlastní byt či pokoj (i pronajatý) je známkou schopnosti klienta vést samostatný život a starat se o sebe, což je jedním z cílů léčby a důkazem její úspěšnosti. Téměř všichni respondenti mají zkušenost se životem na ulici a naopak se životem za zdmi ústavního zařízení, proto si vlastní bydlení tak užívají.

Dalším významným faktorem, který souvisí s bydlením a ovlivňuje proces doléčování a (re)integrace do společnosti, je soužití se spoluklienty, které není v rámci programu ze strany terapeutického týmu podporováno. Soužití s bývalými klienty se může jevit jako výhodné, alespoň zpočátku, skrývá však mnoho úskalí a ve výsledku může být pro spolubydlící vysoce rizikové a ohrožující. Relaps jednoho z nich může zapříčinit relaps i toho druhého, příp. recidivu všech zúčastněných, kteří se v okolí zdržují. Jedinou možnou obranou před vlastní zranitelností je někdy totální izolace od klienta, který zrelapsoval. Společné soužití nabádá ke společnému trávení volného času a výběru budoucích zájmů. Z dotazovaných respondentů uvedlo soužití se spoluklientem 40 % z nich, přičemž tito klienti byli zároveň také partneři. Z odpovědí z rozhovoru vyplynulo, že jeden pár z terapeutických důvodů zpočátku bydlel odděleně a až po půl roce začali bydlet spolu, zatímco druhý pár chtěl také ze stejných důvodů bydlet odděleně, ale jako důvod společného soužití uvedli jednoznačně finanční stránku.

V případě trestné činnosti odpověděli pouze 2 respondenti, že byli trestně stíháni, přičemž pouze 1 klient byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody. Tento údaj byl ve výsledku překvapivý, neboť jedním z faktorů pro vstup do léčby bývá nepříznivá životní situace, související mimo jiné se zkušeností s trestnou činností, a hroící sankce za páchanou trestnou činnost. Tento výsledný údaj může být náhodný, ale může mít i své vysvětlení. Např. lze předpokládat, že bohatá zkušenost s kriminální činností souvisí s celkově odlišným životním stylem, postojem a osobností takového jedince, který má pak obtížnější a složitější cestu návratu. V některých případech nelze tedy mluvit ani o re(integraci) do společnosti, ale pouze o integraci, která v některých případech i přes snahu všech zúčastněných není možná. Proto se budou tito jedinci vyskytovat v programu následné péče v menší míře než v jiných typech léčby.

**Graf č. 10: Onemocnění hepatitidou typem C**



Graf č. 10 uvádí, že hepatitidu typu C prodělalo pouze 20 % respondentů, což je pozitivní výsledek i s ohledem na to, že již v průběhu doléčovacího programu nastoupili na léčbu interferonem. Jiné somatické zdravotní obtíže respondenti neuvedli. 60 % dotazovaných udává problémy psychického rázu, přičemž 1 klient trpí zároveň i schizofrenií, což odpovídá údajům popisovaných v odborné literatuře (viz kapitola 2.5.1.2). Mezi nejčastěji zmiňovanými obtížemi byly náladovost, deprese, vztahovačnost, osamělost a pocity odcizení. Tyto problémy se ve velké míře projevují zvláště v mezilidských vztazích a v jejich navazování. z tohoto důvodu bývá velkým tématem získávání nových přátel, což potvrdily i rozhovory.

Zájmy, koníčky, přátelé a volný čas je velkou kapitolou a součástí každého programu léčby závislostí. I přesto, že problémy s volným časem uvedlo dle dotazníku pouze 30 % respondentů, při dalším rozboru vyšlo najevo, že většina respondentů (80 %) „žádný volný čas nemá“. Důvodem bývá ve většině případech zaměstnání. Pouze dva respondenti byli v rozhovoru schopni uvést nějaké volnočasové aktivity, které pravidelně provozují. Pokud se jedná o navazování nových přátelství, tato oblast není vůbec jednoduchá. Respondenti uvedli, že jedinými lidmi, se kterými se stýkají jsou kolegové v zaměstnání, spoluklienti a terapeuté, popř.rodina, blízcí a partneři. Novým seznámením brání to, že je těžké najít v novém prostředí za krátký čas kamarády a k tomu ještě úplné abstinenty.

Celkově jsou respondenti spokojeni se sebou samými a se svým současným životem, protože se jim subjektivně daří. Plní plány, které si stanovili v programu následné péče, dodržují pravidla, abstinují. To, co by chtěli změnit, je otázkou

času a další práce. Ovšem jak vyplynulo dále z rozhovoru, vyjádřená spokojenost se ve velké většině týká technických věcí, nikoli duševních stavů. Někteří respondenti se domnívají, že nebudou již nikdy v životě spokojeni, protože jsou „divní“ a navíc jsou ujištěni, že jim s tím nemůže nikdo pomoci, tedy ani DC.

Poslední částí, která byla zahrnuta jak v dotazníku, tak v rozhovoru, byla oblast léčby a doléčování.

Tabulka č. 2 uvádí přehled délky poslední absolvované léčby u jednotlivých respondentů. V tabulce je uveden zvlášť počet všech měsíců léčby, zahrnující pobyt v TK nebo v PL a v doléčovacím programu a zvlášť počet měsíců v doléčovacím programu.

**Tabulka č. 2: Délka poslední absolvované léčby u jednotlivých respondentů**

délka poslední absolvované léčby		
respondent	počet měsíců dohromady	počet měsíců v doléčovacím programu
1	19	6
2	16	3
3	8,5	4,5
4	4	1
5	12	4,5
6	15	4
7	5	1
8	24	12
9	26	12
10	14	11

Z tabulky č. 2 vychází, že průměrná doba strávená v léčbě činí 14,35 měsíců, t.j. více než jeden rok. Obdobně je stejná průměrná doba úplné abstinence respondentů, tedy abstinence od alkoholu i drog, vyjímaje cigarety. Délší dobu v léčbě uvádějí respondenti, kteří prošli léčbou v terapeutické komunitě, neboť maximální doba hospitalizace v psychiatrické léčebně se uvádí na 3 – 4 měsíce.

Podle doby strávené v programu následné péče lze uvést, že respondenti byli v první, druhé i třetí fázi programu.

V rozhovoru byli respondenti dotazováni, proč nastoupili do programu doléčování. Nejdůležitějším důvodem byla pro většinu podpora a pomoc při udržování abstinence, kterou klienti považovali osobně jako nutnou a potřebnou. Dva respondenti uvedli, že vnímají doléčovací centrum jako jistotu. Jeden klient naopak uvedl, že DC mu v relapsu sice nezabrání, ale připomíná si tak svoji minulost. Všichni exklienti z terapeutické komunity uvedli jako důvod plynulejší přechod do „života venku“ a také doporučení ostatních klientů a terapeutů. Tito jedinci více chápali smysl doléčovacího centra jako dalšího a posledního článku jejich léčebného procesu. Na druhou stranu, jednou z podmínek ukončení léčby v TK je právě předběžná smlouva s nějakým zařízením následné péče.

Na otázku, jaké bylo očekávání klientů od DC, byla nejčastější odpověď rady a řešení aktuálních problémů, které v nové životní situaci nastanou. Jeden respondent uvedl ochranu a čisté prostředí. Respondenti z TK také ve velké většině odpovídali, že od DC očekávali prostor pro kontakt s ostatními exklienty z TK. Jeden respondent neměl žádnou představu.

Co se týče poskytovaných služeb, které respondenti nejvíce využívají, 80 % z nich uvedlo jednoznačně individuální pohovory. Pouze polovina z dotazovaných uvedla, že jsou pro ně důležité také skupiny, přičemž i tak je ve velké většině vnímali jako doplňkovou součást programu. Nespokojenost se skupinami vyjadřovali zejména exklienti TK, neboť měli tendence skupiny srovnávat se skupinami, které probíhaly v TK. Z rozhovoru vyšlo také najevo, že exklienti TK mají tendence izolovat se od exklientů z PL. Důvodem je subjektivně vnímaná odlišnost, která se vyjadřuje jak v komunikaci, tak v chování, ale zejména v postojích a názorech k léčbě a terapii. Naopak exklienti z PL cítí na skupinách otevřeně vyjadřovanou konformitu exklientů z TK. Jak uvedl jeden respondent:

„Vadí mi, jak lidi z komunity používají stejný slovník, stejné zaběhlé fráze a opakují stejné odpovědi.“

Zvlášť byla respondentům položena otázka týkající se „chutí“, neboť problematika cravingu provází drogově závislého po celou dobu léčby a potažmo po celý život. Prevence relapsu jako specifická oblast terapie závislých předpokládá, že pokud jedinec s „chutěmi“ nepracuje, hazarduje se svou abstinencí bez ohledu na své přesvědčení a postoje. proto je zajímavé, že z rozhovorů vyplynulo, že polovina respondentů jednoznačně uvedla, že „chutě“ nemají, zatímco druhá polovina je vnímá již jako součást svého života a podle toho také s nimi pracují. Tato polovina, která si uvědomuje přítomnost „chutí“, potvrdila, že je sice těžké s nimi někdy pracovat, ale jde to lépe než předtím. Tito jedinci používají vyzkoušené vlastní strategie, jak se „chutí“ zbavovat. Dva respondenti uvedli, že si ve svých „chutích“ baží, přičemž jeden pouze ve snech. I tak to vnímá osobně jako ohrožující a tuto problematiku řeší na individuálních rozhovorech. Druhý respondent si své bažení užívá a je mu nepříjemné je opouštět. Sám si je vědom nebezpečnosti svého chování, ale věří si ve svých postojích a rozhodnutích.

40 % dotázaných má zkušenost s relapsem z dřívější doby. Tento relaps vedl následně ve všech případech k recidivě. Všichni uvedení si jsou vědomi, proč k tomu došlo, co udělali špatně a dnes by měli udělat jinak. ve všech případech následné recidivy bylo důvodem to, že konkrétní relaps neřešili a nechali ho plynout dál. Proto na otázku, co by dnes udělali jinak, všichni respondenti odpověděli, že by hned požádali o pomoc. Jako první kontakt uvedla většina respondentů buď PL nebo TK s žádostí o posilovací nebo opakovací léčebný pobyt.

**Tabulka č. 3: Postoj respondentů k alkoholu a marihuaně**

respondent	postoj k alkoholu	postoj k marihuaně
1	nyní ne, později možná	už nikdy více
2	nyní ne, později možná	už nikdy více
3	nyní ne, později možná	už nikdy více
4	nyní ne, později možná	už nikdy více
5	už nikdy více	už nikdy více
6	už nikdy více	už nikdy více
7	už nikdy více	už nikdy více
8	nyní ne, později možná	nyní ne, později možná
9	nyní ne, později možná	nyní ne, později možná
10	už nikdy více	už nikdy více

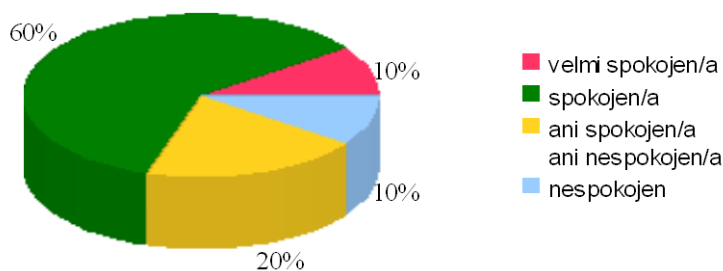
Tabulka č. 3 uvádí postoj respondentů k alkoholu a marihuaně. V současné době abstinují všichni respondenti, neboť je to podmínkou pro účast v doléčovacím programu a z obavy respondentů před návratem k původnímu návykovému chování. Z tabulky je patrné, jak jsou respondenti utvrzeni ve svém postoji k abstinenci do budoucna. Tento postoj mimo jiné vyplývá z předchozí zkušenosti s alkoholem a marihuanou. Respondenti, kteří uvedli možnost pití v budoucnosti, neměla v minulosti problémy s nadměrným užíváním alkoholu, proto se domnívají, že by pro ně v budoucnu alkohol nemusel představovat ohrožení. Nejsou si však úplně jisti. Naopak ti, kteří měli problémy s pitím již dříve, variantu budoucího pití zamítají. Co se týče marihuany, respondenti, kteří uvedli již nikdy více, mají velmi negativní zkušenost z minulosti, kdy jim kouření marihuany způsobovalo problémy psychického rázu (především paranoidní stavy), které již nechtějí nikdy zažít. V tomto případě jsou si respondenti jisti.

Na otázku, co vnímají respondenti subjektivně jako nejvíce ohrožující ve vztahu k možné recidivě v budoucnosti, nedokázala většina respondentů odpovědět zcela jednoznačně. Téměř všichni vyjadřovali naprostou jistotu ve svém rozhodnutí abstinovat, přičemž nakonec jako jediný možný důvod uvedli ztrátu vědomí nebo tragédii, kterou by nedokázali řešit. Po dalším zamyšlení

uvedla polovina respondentů, že důvodem by mohly být zmiňované psychické problémy, problémy se sebou samým či vztahové problémy. Někteří respondenti uvedli možnost, „že se nemusí stát vlastně nic“.

Respondenti byli v dotazníku také dotazováni, jak jsou spokojeni s podporou, kterou jim doléčovací centrum poskytuje. 90 % z nich vyjádřilo určitou míru spokojenosti. Graf č. 11 vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí dotazovaných. Tento údaj lze hodnotit velice pozitivně, neboť tak odpověděli klienti, kteří nastoupili do programu z obou typů léčeb a bez rozdílu doby strávené v programu. Lze tedy předpokládat, že ti jedinci, kteří spadají do první fáze a jsou tedy nejzranitelnější, budou v programu pokračovat, což naznačuje další příznivý průběh jejich doléčování a návratu do společnosti. Spokojenost služebně starších klientů může být zase pro mladší klienty pozitivním motivačním faktorem.

**Graf č. 11: Spokojenost s podporou doléčovacího centra**





### 3.5 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Praktická část se snažila zjistit, zda následná péče prováděná v Centru ambulantních služeb Advaita přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů. S ohledem na cíl práce bylo předmětem zkoumání zmapování situace klientů následné péče a proces jejich doléčování. Pro orientaci v dané problematice byla do praktické části zahrnuta základní charakteristika občanského sdružení Advaita, které zabezpečuje následnou péči, a popis programu doléčovacího centra. Pro analýzu stávající situace klientů centra bylo zapotřebí uvést jejich základní charakteristiku, kterou poskytlo dotazníkové šetření a doplnily odpovědi z rozhovorů. Rozhovory tvořily stěžejní část průzkumu, neboť byly zaměřeny na proces doléčování a na působení doléčovacího centra v tomto procesu z pohledu samotných klientů. Předpoklady stanovené v praktické části byly zaměřeny na zjištění okolností, které ovlivňují udržení abstinence po léčbě. Předpoklady byly v praktické části ověřovány rozbořením odpovědí klientů v rozhovorech. Na základě ověřování jednotlivých předpokladů byly zjištěny následující výsledky:

***Předpoklad č. 1)*** *Lze předpokládat, že jedním z nejdůležitějších faktorů pro vstup do programu následné péče je obava klientů z možného relapsu.*

Důvody pro vstup do programu následné péče byly zjišťovány formou otázek v rozhovoru. Všichni respondenti jednoznačně potvrdili, že hlavním důvodem byla podpora a pomoc doléčovacího centra v udržování abstinence po léčbě. I přesto, že jeden respondent a priori tuto variantu odmítl s tvrzením, že mu centrum nezabrání v relapsu, zároveň potvrdil, že chodí do centra, aby si připomínal minulost. Tedy aby si připomínal svůj drogový život, který dnes nechce žít. Z toho plyne, že návštěva centra i u tohoto jedince působí preventivně vůči možnému relapsu. Další jmenovaný důvod, potřeba pozvolnějšího přechodu z komunity „ven“ také potvrzuje obavy klientů z možného relapsu a jejich potřebu být ještě po určitou dobu pod ochranou.

**Na základě odpovědí respondentů lze usuzovat, že předpoklad č. 1 se potvrdil.**

***Předpoklad č. 2)** Lze předpokládat, že na udržení abstinence po léčbě má vliv stabilita životní situace klienta.*

***Předpoklad č. 3)** Lze předpokládat, že stabilita životní situace je ovlivněna: zaměstnáním, bydlením, finanční situací (dluhy, schopnost hospodařit s penězi,...), sociálními kontakty (rodinné, partnerské, pracovní a jiné mezilidské vztahy), kvalitou volnočasových aktivit, zdravotním stavem (somatickým i psychickým), uspokojováním potřeb (seberealizace), osobností klienta (vlastnosti, postoje, motivy, přesvědčení, očekávání).*

Předpoklady č. 2 a č. 3 spolu úzce souvisí, předpoklad č. 3 rozvíjí předpoklad č. 2, proto jsou ve výsledné interpretaci zahrnuty společně.

Údaje k předpokladu č. 2 a č. 3 vyplynuly z analýzy životní situace klientů následné péče a z následného zhodnocení, do jaké míry je jejich životní situace stabilní. Hodnocení proběhlo na základě údajů zjištěných z dotazníkového šetření a z údajů, které sdělili respondenti během rozhovoru. Pro rozbor životní situace byly zvoleny tyto kategorie: vzdělání a studium, rodinný stav a vztahy s partnerem, děti, vztahy s rodiči, zaměstnání, dluhy, bytová situace, volný čas, trestná činnost, zdravotní stav, léčba a doléčování.

**Vzdělání a studium:** z grafu č. 1 a č. 2 vyplynulo, že závislostní chování nesouvisí s mírou inteligence ani s výškou dosaženého vzdělání. Klienti spadají kromě vyššího odborného vzdělání do všech stupňů vzdělání, přičemž více než polovina dotazovaných má úplné střední vzdělání a vyšší. Již během doléčování začalo se studiem či rekvalifikací 30 % z nich a další studium plánují.

**Partnerský vztah:** dle grafu č. 3 70 % klientů žije v partnerském vztahu. Všichni klienti s partnerem hodnotí vztah jako uspokojivý s občasnými problémy a jeden jako bezproblémový. Na tuto skutečnost může mít vliv partnerská terapie prováděná v průběhu léčby a během doléčování, stejně tak doba, po kterou vztah trvá. Z grafu č. 5 vyplývá, že bez partnera žijí pouze muži. Na otázku, zda partner či partnerka užívají drogy odpověděl kladně pouze jeden klient, přesto svůj vztah k partnerovi hodnotí pozitivně (z rozhovoru následně vyplynulo, že je tento partner již v léčbě). Žádný klient nemá děti.

**Vztahy s rodiči:** z grafu č. 6 vyplývá, že všichni dotazovaní klienti uvedli, že je jejich vztah s rodiči uspokojivý nebo bezproblémový, na což má u exklentů terapeutických komunit vliv především rodinná terapie prováděná v průběhu léčby, neboť z rozhovoru vyšlo najevo, že rodinnou terapii podstoupilo v komunitě 90 % klientů. Zajímavé je, že při otázce na vztah s rodiči se každý respondent začal bavit o svém vztahu s matkou, příp. s nevlastní matkou. V žádném případě nebyl zmíněn otec.

**Zaměstnání:** Všichni dotazovaní klienti jsou zaměstnaní, přičemž graf č. 7 znázorňuje, v jakém pracovním poměru. 70 % respondentů pracuje v zaměstnaneckém poměru na dobu neurčitou, 20 % z nich na dobu určitou, což může souviset s dosavadní délkou pracovního poměru. Pouze jeden klient pracuje bez pracovní smlouvy.

**Finanční situace a dluhy:** Celkově jsou klienti se svou finanční situací spokojeni, protože mají po dlouhé době vlastní stabilní příjem, což jim dělá radost a přináší uspokojení. S výši příjmu spokojeni ve velké většině nejsou, ale odůvodňují to krátkou dobou v pracovním procesu. Graf č. 8 uvádí, že 80 % klientů má dluhy, v grafu č. 9 je uvedena jejich výše. 13 % klientů má dluhy do 20 tis. korun, 38 % do 50 tis. korun, 25 % do 100 tis. korun a 25 % ještě více. Všichni dotazovaní klienti si dluhy splácí.

**Bytová situace:** 80 % klientů žije v pronajatém bytě, ostatní s rodiči. Klienti vyjadřují spokojenost se svou bytovou situací, neboť většina z nich dlouhou dobu před tím žila buď v ústavním zařízení nebo na ulici. 40 % klientů potvrdilo soužití se spoluklientem, jednalo se o dva partnerské páry. Oba páry si uvědomují, že se soužití se spoluklientem nedoporučuje, proto také chtěli zpočátku žít odděleně. Jednomu páru se to nepodařilo, upřednostnili finanční stránku věci.

**Volný čas, zájmy, přátelé:** dle dotazníkového šetření vyplynulo, že problémy s volným časem má pouze 30 % klientů, zatímco v rozhovorech uvedlo 80 % klientů, že volný čas nemá vůbec. Důvodem je vždy pracovní vytížení. Pouze dva klienti dokázali popsat aktivity, které provozují ve svém volném čase. Ostatní

klienty tato oblast neznepokojuje, i přesto, že ví, že problémy s volným časem se zahrnují mezi spouštěče rizikového chování.

**Trestná činnost:** z celkového počtu uvedli pouze dva klienti, že byli trestně stíháni, přičemž pouze 1 klient má zkušenost s nepodmíněným trestem odnětí svobody. Tento údaj je zajímavý také z toho důvodu, že mezi léčenými drogově závislými je naopak velký počet těch, kteří zkušenost s trestnou činností mají. Je možné, že tito klienti jsou spíše v jiných typech léčeb než je program následné péče.

**Zdravotní stav:** podle grafu č. 10 je zřejmé, že z dotazovaných klientů prodělalo 20 % hepatitidu typu C, přičemž již během doléčování nastoupili léčbu interferonem. Jiné somatické obtíže klienti neuvedli, naproti 60 % z nich, kteří uvedly problémy psychického rázu. Jeden klient uvedl, že trpí schizofrenií. Mezi nejčastěji uvedenými problémy byly náladovost, deprese, vztahovačnost, osamělost a pocity odcizení, což má druhotně vliv na mezilidské vztahy a osobní prožívání.

**Léčba a doléčování:** z dotazníkového šetření vyplynulo, že klienti absolvovali průměrně 4,3 léčeb a to i nedokončených, přičemž ženy absolvovali průměrně 1,8 léčeb a muži 6,8 léčeb. 60 % respondentů nastoupilo do programu následné péče po absolvování léčby v terapeutické komunitě a 40 % z nich po léčbě v psychiatrické léčebně. Tabulka č. 2 uvádí přehled délky poslední absolvované léčby u jednotlivých respondentů. Z tabulky č. 2 vychází, že průměrná doba strávená v léčbě činí 14,35 měsíců, t.j. více než jeden rok. Obdobně je stejná průměrná doba úplné abstinence respondentů, tedy abstinence od alkoholu i drog, vyjímaje cigarety. Delší dobu v léčbě uvádějí respondenti, kteří prošli léčbou v terapeutické komunitě, neboť maximální doba hospitalizace v psychiatrické léčebně se uvádí na 3 – 4 měsíce. Od doléčovacího centra klienti očekávají především prostor pro řešení nově přicházejících problémů, podporu a pomoc při zvládání těchto problémů, prostor pro otevřenou komunikaci, kterou vyžadují především exklienti TK. 80 % klientů uvedlo, že upřednostňují jednoznačně individuální rozhovory před skupinami a jinými službami. Exklienti TK vnímají

skupiny na DC jako zbytečné, málo živé, cítí nedostatek reflexí na svou osobu. Vesměs očekávají stejný typ komunikace, jaký probíhal v TK. Naopak exklienti PL si stěžují na stejnou mluvu, stejné výrazy, stejné fráze apod., které používají exklienti TK. Zkušenosti s relapsem z minulosti uvedlo 40 % dotázaných, přičemž u všech došlo k následné recidivě. Všichni klienti ví, co by měli dělat pokud by k relapsu opět nebo poprvé došlo. Většina z nich by zavolala do PL nebo TK a požádala o posilovací nebo opakovací léčebný pobyt. Někteří klienti si možnost relapsu ani nepřipouštějí. Co se týče „chutí“ polovina klientů „chutě“ má a pracuje s nimi, zná své vlastní účinné strategie, jak jim zabránit nebo jak je zastavit. Druhá polovina tvrdí, že je nemá. Dva klienti přiznali, že si v „chutích“ baží. V tabulce č. 3 je uveden postoj jednotlivých klientů k alkoholu a k marihuaně. Výsledný postoj k budoucí abstinenci se odvíjí od vlastních zkušeností z minulosti. Pokud měl někdo již dříve negativní zkušenost, látky si zakázal i do budoucna. V opačném případě či v případě, že žádné problémy v minulosti nepocíťoval, nechává si otevřenou cestu i dále. Na otázku, co by mohlo být pro klienty v budoucnosti ohrožující ve vztahu k abstinenci, nakonec uvedli psychické potíže, problematické vztahy či problémy se sebou samými. Někteří klienti uvedli, že se nemusí stát vlastně nic.

Na otázky, které se týkaly spokojenosti klientů s programem, službami a podporou, kterou jim Advaita nabízí, se téměř všichni vyjádřili kladně. Nespokojenost vyjádřil pouze jeden klient (graf č. 11). Někteří klienti uvedli, že jsou oblasti, se kterými jim Advaita pomoci nemůže.

**Na základě zhodnocení situace klientů je zřejmé, že je ve většině případech opravdu stabilizovaná, proto se všem klientům daří abstinovat. Pokud klienti uvažovali o možných rizicích ve vztahu k relapsu či recidivě, uvedli jako důvod především psychické stavy, problémy se sebou samými a vztahové problémy. Předpoklady č. 2 a č. 3 se tedy potvrdily.**

Nelze ovšem předpokládat, že se situace klientů nebude měnit, což může mít vliv zejména na udržování abstinence. Jistota abstinovat není nikdy stoprocentní.

## 4 ZÁVĚR

Záměrem bakalářská práce bylo zmapovat oblast posledního úseku na cestě v léčbě ze závislosti na návykových látkách, tedy proces následné péče a doléčování, konkrétně v libereckém doléčovacím centru Advaita. Cílem práce bylo odpovědět na otázku, zda následná péče na Advaitě přiměřeně reaguje na potřeby svých klientů.

V souladu s cílem práce byly předmětem zkoumání potřeby a problémy klientů, které je provází během účasti v programu následné péče. Výzkumný záměr se dále zabýval otázkou, jak vytyčená problémová témata ovlivňují průběh doléčování, resp. udržení abstinence po léčbě a ve výsledku (re)integraci klientů do normálního života většinové společnosti. Práce se především snažila prozkoumat, jak vlastní proces subjektivně vnímají klienti a jak vnímají poskytovanou podporu centra.

Výsledky získané v průzkumu poskytly základní charakteristiku klientů následné péče spolu s popisem jejich stávající životní situace. K tomuto popisu byly vyčleněny kategorie specifických lidských potřeb, jejichž analýza měla poskytnout potřebné údaje. S klienty byly jednotlivé kategorie blíže rozebrány během rozhovoru, se zaměřením na vyjádření jejich vlastních postojů a spokojenosti v jednotlivých oblastech.

Ze získaných údajů vyplynulo, že klienti následné péče jsou ve své nové životní situaci přiměřeně stabilizovaní, což může být jak příčinou, tak důsledkem jejich abstinence. I přesto, že jsou ve výsledku s jednotlivými oblastmi života vcelku spokojeni, jde většinou o spokojenost částečnou. Klienti stále cítí potřebu být pod ochranou, nejsou si sami sebou jisti. Cítí se vnějším světem ohrožováni, stejně tak mají často pocity odlišnosti, odcizení a osamělosti. Také proto mezi poskytovanými službami nejvíce upřednostňují individuální pohovory, kde mohou otevřeně vyjadřovat svoje pocity, myšlenky a postoje bez strachu z odmítnutí či jiného negativního postoje. Tento postoj klienti často očekávají od okolního prostředí, před kterým mají tendence se uzavírat. Dále mají klienti, a to především ti, kteří prošli terapeutickou komunitou, stále potřebu, aby jim byla poskytována

zpětná vazba ohledně jejich chování. Vyžadují neustálé hodnocení vlastní osoby a svých činů, což může být způsobeno dlouhodobým pobytem v terapeutickém prostředí. Nedostatek těchto reflexí považují za nedostatečnou podporu v doléčování nebo za nezájem ostatních o ně.

Konkrétně nemají klienti následné péče větší problémy se získáním zaměstnání a bydlení, což jim dodává pocit většího sebevědomí a sebeúcty, neboť to značí o jejich schopnosti vést samostatný život a starat se o svoji osobu. Teto výsledek je pozitivní, protože schopnost vést samostatný život je také jedním z cílů léčebného procesu. V menší míře někteří klienti zanedbávají svůj volný čas a záliby, což by pro ně mohlo být do budoucna ohrožující, neboť tato oblast je stejně tak důležitá jako zaměstnání, neboť přináší uspokojování potřeb a navozuje příjemné pocity, a to bez přítomnosti drog. Nuda a zahálka patří mezi spouštěče rizikového chování. V případě déleodobého neřešení volnočasových aktivit se může stát, že se klienti vrátí k zažitým způsobům trávení volného času za pomoci drog. Velké problémy se vyskytují s navazováním nových přátelství, a to z několika důvodů. V první řadě je řada klientů, kteří uvedli vztahové problémy jako osobně důležité téma a tuto problematiku řeší po celou dobu léčby. Ve druhém případě je těžké začít se seznamováním jako úplně cizí člověk v úplně cizím prostředí, pokud je nutné vyhýbat se prostředí jako jsou restaurace, bary, diskotéky a jiné zábavné podniky, kde číhá mnoho rizik a kde v největší míře k seznamování dochází. Jedinými „přáteli“ tak stále zůstávají spoluklienti i přesto, že jedním z cílů doléčování je také postupné snižování kontaktů se vším, co jen vzdáleně připomíná minulost a drogový způsob života, tedy nevyjímaje „kamarády“ z léčby. Další skupinou nových kamarádů se tak stávají kolegové v zaměstnání, což také není úplně nejvhodnější varianta. Určité řešení však přináší čas, neboť postupné začleňování jedince do nového prostředí sebou nese i postupné rozšiřování okruhu známých, potenciálních přátel.

Jako nejvýznamnější rizikovou oblast ve vztahu k udržování abstinence průzkum odhalil duševní stavy klientů a jejich obtíže psychického rázu, které mají sami se sebou. Problematické je, že řešení této oblasti není v kompetenci programu

doléčovacího centra a jeho pracovníků. Stavby a problémy, které klienti popisují spadají do oblasti hlubší psychoterapie, na kterou není v programu následné péče prostor. Otázkou zůstává, zda jsou terapeuté schopni odhalit tento problém a doporučit klienta ke specialistovi a vůbec zda je další terapie v zájmu klienta a jeho úzdravy. Je zřejmé, že z těchto vnitřních stavů pramení jak podstatná část nespokojenosti se sebou, tak problémy v mezilidských vztazích a posléze s prožíváním vlastního života. Neřešení této oblasti může do budoucna evokovat touhu eliminovat tyto nepříjemné stavy a emoce ověřenými a funkčními způsoby, které mohou i několik let dobře fungujícího exuživatele vrátit tam, odkud se tak těžko a dlouho dostával.

Lze se domnívat, že pomocí analýzy a zhodnocení získaných dat o klientech a jejich vlastního prožívání procesu doléčování a vnímání podpory, kterou jim poskytuje doléčovací centrum Advaita, byl cíl práce naplněn. Jelikož jsou údaje získané pouze od části klientů následné péče, nelze zjištěné výsledky nijak zobecnit, také v souvislosti s metodikou průzkumu. Získaná data nelze ověřit, neboť vyplývají ze subjektivních výpovědí respondentů, na druhou stranu jsou to informace velice cenné a hodnotné. Je zřejmé, že výsledky celého průzkumu byly ovlivněny také strukturou zkoumaného vzorku a při jiném složení skupiny klientů by byly získány i odlišné výsledky.

Pro zefektivnění služeb, poskytovaných doléčovacím centrem Advaita, by bylo vhodné lépe zorganizovat skupinovou práci, se kterou většina klientů nebyla spokojená. Čas strávený na skupinách vnímají jako promarněný. Naopak většinová spokojenost s individuálními pohovory může být pro terapeuty známkou dobré práce.

Pro lepší povědomí o procesu doléčování by bylo zapotřebí s odstupem času zopakovat průzkum, aby mohl být zaznamenán vývoj klientů, neboť jejich situace se může podstatným způsobem změnit, což může mít vliv na další udržování abstinence.



## 5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009* [online], datum poslední revize 9. 8. 2007 [cit. 2008-10-15]. URL <[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/dokumenty/akcni\\_plan/akcni\\_plan\\_realizace\\_narodni\\_strategie\\_protidrogove\\_politiky\\_2007-2009\\_web.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/dokumenty/akcni_plan/akcni_plan_realizace_narodni_strategie_protidrogove_politiky_2007-2009_web.pdf)>
2. Bergeret, J.: *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 93 s. ISBN 80-7187-003-X.
3. Brichcín, M., Hájek, J., Jedlička, R. a dal.: *Mládež – drogy – společnost*. Studia paedagogica č. 21. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1997. 160 s. ISSN 0802-4461.
4. Bruno, F.: *Drogy – drogová závislost*. Sananim Olomouc a PF UP, 1996. 120 s.
5. Göhlert, Fr.-Ch., Kühn, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
6. Heller, J., Pecinovská, O. a kol.: *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
7. Hobstová, J., Vitouš, A.: Infekční komplikace uživatelů drog v České republice. *Časopis Lékařů českých*, 146, 2007, č. 2. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, Praha 2006.
8. Kabelková, M. a spol.: Infekční endokarditidy u nitrožilních narkomanů. Pacienti hospitalizovaní na Infekční klinice Fakultní nemocnice Bulovka v letech 1981-2002. *Cor Vasa* 2004;46(6). Česká kardiologická společnost, 2004. ISSN 0010-8650.
9. Kačaba, I. (ed.): *Zaostřeno na drogy 4/2005*: Mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky. Česká protidrogová politika jako součást globálního a evropského prostoru [online]. © Úřad vlády ČR 2005, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-3]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/mezinarodni\\_aktivita/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2005\\_04\\_cislo\\_4\\_2005](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/mezinarodni_aktivita/zaostreno_na_drogy_2005_04_cislo_4_2005)>

10. Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
11. Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
12. Kalina, K a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online], Úřad vlády České republiky, vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, © 2003- 2007, [cit. 2008-10-15].URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu)>
13. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 1992. 646 s.
14. Mravčík, V. a kol.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2004*. © 2005, Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-59-5 [online] Datum poslední revize 27. 6. 2008. [cit. 2008-11-05]. URL <[http://web.mvcr.cz/archiv2008/bezpecnost/drogy/vz\\_cr2004.pdf](http://web.mvcr.cz/archiv2008/bezpecnost/drogy/vz_cr2004.pdf)>
15. Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2007: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. © 2007, Praha: Úřad vlády ČR, ISSN 1214-1089 [cit. 2008-11-01]. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_05\\_cislo\\_5\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_05_cislo_5_2007)>
16. Mravčík, V. a kol.: *Zaostřeno na drogy 5/2008: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Souhrn výroční zprávy NMS [online]. Datum poslední revize 2008-03-12 © Úřad vlády ČR 2008, ISSN 1214-1089.[cit. 2009-20-9].URL<[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2008\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2008\\_05\\_cislo\\_5\\_2008](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2008_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2008_05_cislo_5_2008)>
17. Müllerová, P.: *Přehled alternativních trestů a postupů* [online] © 2006 Centrum adiktologie. Datum poslední revize 12. 02. 2007. [cit. 2008-11-01]. URL <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=68&iid=252&acc=enb>>

18. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Strategie schválená vládou České republiky. Úřad vlády České republiky, 2005. 32 s. ISBN 80-86734-39-0.
19. Nevšímal, P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Středočeský kraj/ hl.m. Praha/ Magdaléna, o.p.s., 2007. 318 s. ISBN 978-80-7106-937-9.
20. Rotgers, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
21. Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
22. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách* [online]. 2003, datum poslední revize 7. 3.2006. [cit. 2008-10-11]. URL <[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/Standardy\\_drogy\\_obecn\\_.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/Standardy_drogy_obecn_.pdf)>  
<[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/standardy\\_drogy\\_speci\\_lni.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/standardy_drogy_speci_lni.pdf)>
23. Šejvl, J. a kol.: *Vybrané kapitoly z adiktologie: Fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. 1. vyd. Praha: UK, Karolinum, 2007. 151 s. ISBN 978-80-246-1349-9.
24. Trávníčková, I.: Základní model vzniku drogové závislosti (souhrn). *Kriminalistika*. 1999, roč. XXXII, č. 1. [online]. © MVČR 1999, [cit. 2008-11-01]. URL <[http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog\\_zav.html](http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html)>
25. Urban, J.: *Toxikomanie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 200 s.
26. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu* [online] © 2004. [cit. 2008-10-11]. URL <<http://www.helcom.cz/download/integrace/099pece.pdf>>
27. *Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon* [online] datum poslední revize 6. 8. 2006. [cit. 2008-10-02]. URL <<http://zakony.ic.cz/trestni-zakon/>>

28. *Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích* [online]. URL <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/prestupky/>>
29. *Zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách* [txt dokument ke stažení] © 2003-2007, datum poslední revize 22. 1. 2007. URL <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon/legalni\\_zachazeni\\_s\\_opl/zakon\\_o\\_nav\\_ykovych\\_latkach\\_zak\\_c\\_167\\_1998\\_sb](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/legalni_zachazeni_s_opl/zakon_o_nav_ykovych_latkach_zak_c_167_1998_sb)>
30. Zvolský, P. a kol: *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: UK – Karolinum, 1996. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

## **6 SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Seznam zařízení poskytující následnou péči a doléčování (odkaz v textu na str. 50)

**Příloha č. 2:** Centrum ambulantních služeb Advaita v Rumunské ulici v Liberci (odkaz v textu na str. 52)

**Příloha č. 3:** Informační leták o CAS Advaita uvádí příloha č. 3 (odkaz v textu na str. 52)

**Příloha č. 4:** Koncepce ambulantního poradenství CAS Advaita (odkaz v textu na str. 52)

**Příloha č. 5:** Koncepce doléčovacího programu CAS Advaita (odkaz v textu na str. 53)

**Příloha č. 6:** Dotazník (odkaz v textu na str. 56)

**Příloha č. 7:** Osnova rozhovoru (odkaz v textu na str. 57)

### **Příloha č. 1: Seznam zařízení poskytující následnou péči a doléčování**

1. Následná péče CHRPA, Magdaléna, o.p.s. (318 599 125; 737 284 599, [www.magdalena-ops.cz](http://www.magdalena-ops.cz), Mníšek pod Brdy)
2. Resocializační institut Šance (603 273 142, Kladno)
3. AD centrum (466 414 109, Sezemice)
4. APNP, CPPT, o.p.s. (377 220 325, Plzeň)
5. CAS Advaita (603 829 730, 482 750 607, [www.advaitaliberec.cz](http://www.advaitaliberec.cz), Liberec)
6. Centrum následné péče o.s. Prevent (607 770 655, 383 323 920, [www.os-prevent.cz](http://www.os-prevent.cz), České Budějovice)
7. Centrum následné péče, Drop in (222 22 11 24, [www.dropin.cz](http://www.dropin.cz), Praha 5)
8. Circle of life, o. s. (Kruh života), doléčovací centrum (568 888 070, [www.circleoflife.cz](http://www.circleoflife.cz), Třebíč)
9. CNP PoKrok (518 616 801, 732 137 357, Kyjov)
10. Děčínské doléčovací centrum (412 510 259, 603 806 313, [www.cssdecin.cz/dcentrum](http://www.cssdecin.cz/dcentrum), Děčín)
11. Doléčovací centrum Sananim (251 614 070, 605 280 244, [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz), Praha 13)
12. Institut pro rozvoj osobnosti, o.p.s. (721 311 407, <http://ipro.webz.cz/>, České Budějovice)
13. Jamtana, Podané ruce (545 246 690, [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz), Brno)
14. P-centrum Olomouc (585 221 983, [www.p-centrum.cz](http://www.p-centrum.cz), Olomouc)
15. Plachovka, Program následné péče (197 220 325, Plzeň)
16. Renarkon, o.p.s. (596 612 529, 596 611 796, [www.renarkon.cz/kontakt.php](http://www.renarkon.cz/kontakt.php), Ostrava)
17. Resocializační centrum Koňákov – pro ženy a dívky (558 732 522, 603 165 365, Český Těšín – Koňákov)
18. Sociálně právní agentura White Light 1 (475 531 367, 724 041 331, [www.whitelight1.cz](http://www.whitelight1.cz), Ústí nad Labem)
19. Středisko následné péče, zařízení Teen Challenge (377 442 669, Plzeň)

**Příloha č. 2: Centrum ambulantních služeb Advaita v Rumunské ulici v  
Liberci (foto)**





## **Drogy, alkohol, gambling...**

Ochutnávka zakázaného ovoce,  
parta, problémy • experimenty  
• závislost • krádeže, soudy  
• dluhy • rozvrat v rodině,  
ve vztazích • nemoci (žloutenka,  
HIV,...) • život na ulici  
• ...rozpad osobnosti ....  
• smrt?

Máte Vy nebo někdo z Vašich blízkých  
tento problém a chcete ho řešit?

### **Obráťte se na nás.**

Problémy se závislostí přináší hodně starostí, strachu, bolesti či studu.

Jak s tím žít, jak to změnit, kde hledat podporu?

### **Zkuste to s námi**

**v Centru ambulantních služeb Advaita,** kde nabízíme ambulantní  
poradenské a terapeutické služby lidem ohroženým zdraví škodlivými návyky, a to jak přímo  
uživatelům návykových látek od 15 let, tak jejich blízkým.

Námi poskytované služby jsou diskrétní a zdarma.

Můžete nás navštívit jednorázově nebo se zapojit do jednoho z našich programů:

**PROGRAMU AMBULANTNÍHO PORADENSTVÍ**

**PROGRAMU DOLÉČOVACÍHO**



[www.advaitaliberec.cz](http://www.advaitaliberec.cz)



## program

### Ambulantní poradenství

#### Je určen

Pro ty, kdo nezvládají svůj návyk, mají kvůli němu problémy sami se sebou, ve společnosti, v rodině či jinde a chtějí tento způsob života změnit.

Pro jejich blízké (rodiče, partnery, sourozence).

#### Nabízí

Podporu uživatelům návykových látek, kteří se rozhodli změnit své návyky a potřebují pomoc v boji se závislostí, s řešením problémů souvisejících s užíváním drog nebo s hazardní hrou.

Podporu členům rodiny, kteří žijí společně s uživatelem drog či hazardním hráčem (gamblerem) nebo mají zájem podílet se na společné změně.

**Cílem** je podporovat klienty programu v odhodlání ke změně, v rozhodnutí abstinovat, v urovnání vztahů v rodině, ve škole či jinde, a pokud je to žádoucí, tak je motivovat k další léčbě.



## program

### Doléčování

#### Je určen

Pro bývalé uživatele návykových látek, kteří již absolvovali některý typ léčby závislosti, případně abstinují sami alespoň tři měsíce.

#### Nabízí

Podporu při zapojení do běžného života.

Po léčbě se může objevit celá řada problémů: hledání práce či bydlení, dluhy a soudy z minulosti, nedostatek peněz, vztahové problémy, chutě na drogy, podceňování alkoholu, pocity osamocení ap.).

**Cílem** naší společné práce s klienty je, aby po ukončení programu:

Měli stálou práci a bydlení.

Měli uspokojivé partnerské a rodinné vztahy.

Měli kolem sebe známé, kteří neberou.

Neužívali drogy a cítili se sami se sebou spokojení.

## CENTRUM AMBULANTNÍCH SLUŽEB

#### Jak se stát účastníkem programů?

Stačí zavolat nebo napsat e-mail a dojednat si osobní schůzku se zaměstnancem centra.

Během prvního kontaktu Vám předáme informace o programu a poskytovaných službách a společně se domluvíme na další spolupráci.

#### Kde najdete CENTRUM AMBULANTNÍCH SLUŽEB Advaita? V Rumunské ulici číslo 14.

Dostanete se k nám například takto: od terminálu MHD Fügnerova asi 5 minut pěší chůze podél tramvajových kolejí směrem k Šaldovu náměstí.

V tomto směru je to na levé straně Rumunské ulice poslední dům.

### Centrum ambulantních služeb

Rumunská 14/6, 460 01 Liberec, tel.: +420 482 750 607, e-mail: cas@advaitaliberec.cz

pevná linka: +420 482 750 607, mobilní telefon: +420 603 829 730

Pondělí až čtvrtek: 10 – 20. pátek: 10 – 17 hodin.

## **Příloha č. 4: Koncepce ambulantního pradenství CAS Advaita**



občanské sdružení

### **KONCEPCE PROGRAMU AMBULANTNÍHO PORADENSTVÍ (PAP)**

poskytovaného **Centrem ambulantních služeb o. s. Advaita (CAS)**  
ambulantní program

#### **1/ Cíl a filosofie programu**

Umožnit klientům pracovat na sobě i tehdy, kdy nedokážou plnit podmínky úplné abstinence. Pomoci klientům ujasnit si svůj postoj k návykovým látkám (přestat tzv. experimentovat s užíváním drog, urovnat si vztahy v rodině, ve škole apod.), motivovat je a připravovat k některému typu ústavní léčby, či motivovat klienty k abstinenci - stanovit si cíle směřující k životu bez drog.

#### **2/ Provoz centra**

Pondělí : 10 - 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Úterý: 10 - 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Středa: 10 - 18 hodin  
Čtvrtek: 10 - 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Pátek: 10 - 17 hodin

#### **3/ Poskytované služby**

##### Individuální podpůrná terapie

Jedná se o individuální práci s klientem, zejména motivační trénink směřující k abstinenci, prevence relapsu, či příprava k ústavní léčbě závislosti; uzavírání kontraktů a individuálních léčebných plánů s klientem atd.

##### Skupinová terapie

Otevřená skupina, koná se dle aktuální situace v úterý od 18 hodin – podpůrná, motivační nebo tématická skupina, prevence relapsu.

##### Sociální asistence

Sociální práce s klientem (pomoc při hledání bydlení a zaměstnání), sociálně právní poradenství, asistence klientům v terénu (instituce), atd.

##### Krizová intervence

Telefonická, osobní kontakt. Klientovi je poskytnuta individuální podpůrná terapie.

##### Práce s rodinou

Na vyžádání klienta, či rodičů se souhlasem klienta je-li zletilý, pod 18 let klienta se souhlasem rodičů a na jejich vyžádání.

##### Sociální zázemí /pračka, sušička/

Je k dispozici v centru pro klienty, kteří toto vybavení nemají.

#### **4/ Délka trvání programu ambulantního poradenství**

Délka je koncipována zejména dle potřeb a zakázky klienta uvedené v terapeutickém kontraktu a přesněji definována v individuálním léčebném plánu klienta.

Minimální délka klienta v programu je 1 měsíc. Na dobu jednoho měsíce se uzavírá kontrakt, který může být po vzájemné dohodě 12x prodloužen, tedy maximální délka je 12 měsíců.



## 5/ Pravidla PAP

Pravidlo nenásilí včetně psychického nátlaku.

Pravidlo čistoty od alkoholu a drog při účasti na programu.

Pravidlo pravidelné účasti klienta na PAP na základě uzavřeného terapeutického kontraktu.

Pravidlo neničit zařízení centra a neodnášet si nic, co mi nepatří.

Pravidlo délky pobytu klienta v centru přes den – klient je přítomen v centru pouze po dobou pobytu na konkrétním programu (např. individuální pohovor - max. 1 hodina).

## 6/ Cílová skupina osob

- Muži a ženy nad 15 let. Uživatelé návykových látek (experimentátoři, problémoví uživatelé), či patologičtí hráči. Ti, kteří přestávají drogu zvládat, uvědomují si to a mají zájem tento problém řešit. Chtějí změnu svého životního stylu.
- Ti, co neplní podmínky přijetí do Doléčovacího programu (tj. druhý program CAS), či ti, kteří z něho vypadli.
- Současně je program určen i pro rodiče a blízké osoby uživatelů.

Důvodem nepřijetí klienta do programu je primární psychiatrická diagnóza (závažné duševní poruchy) nebo klient, který vyžaduje aktuální zdravotnickou péči.

## 7/ Systém péče s klientem

Klient bude přijat, jak na doporučení odborníka (K-centrum, psychiatr,...), tak přijde-li z vlastní vůle, či vůle rodičů - po rozhodnutí vedoucího týmu.

Proces přijímání klienta:

- zájemce o PAP (či jeho rodič) se telefonicky objedná na osobní kontakt,
- na první schůzce (u nezletilých zájemců o tuto službu – nejlépe i s rodiči) je klientovi objasněn program ambulantního poradenství a zjištěna zakázka ze strany klienta. Vyplní se žádost a sociální karta → následuje další kontakt. Pokud budou očekávání klienta nad rámec programu, doporučíme mu (dle přání i zprostředkujeme) jiné, pro jeho případ vhodnější zařízení.
- v rámci druhého rozhovoru je provedeno psychosociální vyšetření a naplánován terapeutický kontrakt, včetně individuálního léčebného plánu,
- klientovi je určen individuální garant z řad týmu.

Ve chvíli, kdy je klient přijat do programu PAP a je s ním sepsán terapeutický kontrakt a témata individuálního léčebného plánu, začíná dle tohoto plánu pracovat a stává se členem společenství. Dochází do programu dle počtu kontaktů určených ve smlouvě.

## 8/ Ostatní

- Je zajištěna odborná garance projektu,
- návaznost na ostatní zařízení obdobného typu,
- vedení dokumentace klientů,
- pravidelné porady týmu a supervize týmu, vzdělávání týmu,
- v případě potřeby je klientům poskytována krizová intervence a to i telefonická (pevná linka, mobilní telefon - i mimo provozní hodiny CAS),
- poskytované služby jsou diskrétní (zachování mlčenlivosti) a zdarma.

## **Příloha č. 5: Koncepce doléčovacího programu CAS Advaita**



občanské sdružení

### **KONCEPCE DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU (PAP)**

poskytovaného **Centrem ambulantních služeb o. s. Advaita (CAS)**  
ambulantní program

#### **1/ Cíl programu**

Hlavní filosofií programu je podpora a provázení klientů na jejich cestě začlenění se do společnosti. Program je pro bývalé uživatele návykových látek koncipován tak, aby jim byl oporou a průvodcem na cestě zpět do normálního života bez opětného zneužívání návykových látek.

#### **2/ Provoz centra**

Pondělí : 10 – 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Úterý: 10 – 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Středa: 10 – 20 hodin (skupina od 16:30)  
Čtvrtek: 10 – 18 hodin, 18 – 20 hodin pro objednané  
Pátek: 10 – 17 hodin

~~Víkendy – volnočasové aktivity – cca 1x do měsíce~~

#### **3/ Poskytované služby**

##### Individuální podpůrná terapie

Jedná se o individuální práci s klientem, trvá obvykle 60 minut. Témata se určují především potřebami klienta a týkají se jeho aktuálních problémů. Práce s léčebnými plány.

##### Skupinová terapie

Polouzavřená skupina podpůrného charakteru. Koná se každou středu a je dlouhá 90 minut.

##### Sociální poradenství

Sociální práce člena týmu s klientem (při jednání s institucemi,...), pomoc při hledání bydlení a zaměstnání, sociálně právní poradenství, asistence klientům v terénu atd.

##### Krizová intervence

Telefonický (MT i mimo provozní hodiny CAS), či osobní kontakt. Klientovi je poskytnuta individuální podpůrná terapie.

##### ~~Volnočasové aktivity~~

~~1x do měsíce sportovní, či kulturní aktivity, výlety,... za účasti alespoň jednoho terapeuta~~

##### Zázemí (pračka, sušička, kuchyňka)

Značná část klientů žije v podnájmech, kde toto vybavení nemají – je tedy pro ně k dispozici v centru.

##### Počítač, telefon, internet

K dispozici klientům v případě hledání bydlení, zaměstnání, v jiných odůvodněných případech.

##### Práce s rodinou

Po domluvě poskytujeme individuální poradenství pro rodiče.

##### Velký klub

Koná se min. jednou za 3 měsíce. Setkání klientů formou posezení, či jiné akce, za účasti absolventů programu doléčování CAS Advaita.

##### Návštěvy CAS Advaita

Klient může v centru využít zázemí, posedět u kávy, čaje a jen tak si popovídat.

#### 4/ Délka trvání doléčování

Délka klienta v programu je koncipována zejména dle potřeb a zakázky klienta uvedené v terapeutické smlouvě a to v rozsahu šesti měsíců až jednoho roku. (Po ukončení programu má klient možnost navštěvovat Velké kluby, či si předem domluvit konzultaci).

Postupně rozlišujeme tři fáze, které se od sebe liší četností kontaktů klienta s centrem.

- Délka fází:
1. fáze 3 - 5 měsíců – minimálně 3 - 4 kontakty,
  2. fáze 2 - 5 měsíců – minimálně 2 - 3 kontakty,
  3. fáze 1 - 2 měsíce – minimálně 1 - 2 kontakty.

Délka fází je stanovena dle celkové doby doléčování, počet kontaktů je stanoven vždy s ohledem na pracovní vytížení klienta.

#### 5/ Pravidla CAS

Pravidlo čistoty od alkoholu a drog.

Pravidlo nenásilí včetně psychického nátlaku.

Pravidlo pravidelné účasti klienta na programu doléčování na základě uzavřené terapeutické smlouvy.

#### 6/ Cílová skupina osob

CAS v rámci DP poskytuje své služby mužům i ženám nad 15 let s diagnózou závislosti na návykových látkách nebo pro problémové uživatele drog a pro patologické hráče. Klient musí být po některém typu léčby drogové závislosti, či musí abstinovat sám minimálně 3 měsíce.

Důvodem nepřijetí klienta do programu je primární psychiatrická diagnóza (závažné duševní poruchy) nebo klient, který vyžaduje aktuální zdravotnickou péči.

#### 7/ Systém práce s klientem

1/ Proces přijímání klienta:

- Klient si podá před nástupem do programu žádost. Tým tuto žádost projedná, obratem sdělí klientovi rozhodnutí a domluví s ním termín první schůzky.
- Na první schůzce (rozhovoru) je s klientem vyplněna sociální karta, objasněn program DP a ujasněna zakázka ze strany klienta a přibližná doba doléčování.
- V rámci druhého rozhovoru je provedeno psychosociální vyšetření a uzavřena terapeutická smlouva. *Klient může být přijat i na předběžnou, či opakovací terapeutickou smlouvu.*
- Klientovi je určen individuální garant z týmu CAS Advaita.

2/ Ve chvíli, kdy je klient přijat do DP a je s ním sepsána terapeutická smlouva, začíná dle této smlouvy pracovat a stává se členem společenství. Dochází do programu dle počtu kontaktů určených ve smlouvě, sepisuje týdenní plány kontaktů s CAS Advaita v rámci programu a s individuálním garantem pracuje na individuálním léčebném plánu.

3/ Filosofii programu je dovést klienta do takového stavu, aby naše služby nepotřeboval, tudíž se počet kontaktů přirozeně snižuje dle potřeb a stavu klienta. V případě relapsu se s klientem pracuje intenzivněji, minimálně jeden měsíc.

4/ Ukončení programu klienta:

- řádné ukončení klienta dle terapeutické smlouvy,
- předčasné ukončení – na vlastní žádost klienta,
- vyloučení z důvodu recidivy klienta, z důvodu neplnění terapeutické smlouvy.

#### 8/ Ostatní

- provoz CAS Advaita zajišťuje multidisciplinární tým,
  - je zajištěna odborná garance projektu,
  - návaznost na ostatní zařízení obdobného typu,
  - vedení dokumentace klientů,
  - pravidelné porady a supervize týmu, vzdělávání týmu,
  - poskytované služby jsou diskrétní (zachování mlčenlivosti) a zdarma.
-



## **Příloha č. 6: Dotazník**

Tento dotazník by měl sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma: *Následná péče jako součást systému léčby o drogově závislé. Při vyplňování dotazníku bych chtěla požádat pokud možno o pravdivé odpovědi, neboť výsledky dotazníku budou tvořit podklad pro výzkumnou část práce.*

Otázky v dotazníku zjišťují základní informace o klientele DC Advaita rozdělených do tří oblastí. Je možno vpisovat poznámky, vlastní postřeh, sdělení,...

### **a) Osobní a sociální fungování**

#### **1. pohlaví**

☐ muž ☐ žena

#### **2. věk: .....**

#### **3. vzdělání**

☐základní

☐vyučen/a

☐úplné střední s maturitou

☐vyšší odborné (VOŠ)

☐vysokoškolské

#### **3. současný rodinný stav**

☐ženatý/vdaná

☐ženatý/vdaná – odloučený

☐rozveden/á

☐mám partnerku/partnera

☐bez partnerky/partnera

#### **5. Užívá váš/e manžel/ka nebo partner/ka drogy?**

☐ano

☐ne

#### **6. Vztahy s manželem/manželkou nebo partnerem/partnerkou hodnotíte jako:**

☐bezproblémové

☐uspokojivé s občasnými problémy

☐časté neshody komplikující vztah

☐neustálé, nesnesitelné konflikty

☐neřešitelné, vážně narušené vztahy

☐bez kontaktu

**7. Máte děti?**

☐ ne

☐ ano – kolik: .....

• **pokud ano, máte je ve vlastní péči?**

☐ ne

☐ ano

**8. Vztahy s rodiči hodnotíte jako:**

☐ bezproblémové

☐ uspokojivé s občasnými problémy

☐ časté neshody komplikující vztah

☐ neustálé, nesnesitelné konflikty

☐ neřešitelné, vážně narušené vztahy

☐ bez kontaktu

**9. Absolvoval/a jste po léčbě rekvalifikaci/studium?**

☐ ne

☐ ano

☐ dosud probíhá

**V jakém oboru:** .....

**10. Jste zaměstnán/zaměstnaná?**

☐ ne

☐ ano

• **pokud ano, v jakém poměru:**

☐ bez pracovní smlouvy

☐ brigáda

☐ na částečný úvazek

☐ na plný    ☐ na dobu určitou

☐ na dobu neurčitou

**11. V jakém oboru pracujete:**.....

**12. Máte dluhy?**

☐ ne

☐ ano

• **pokud ano, jejich výše činí:**

☐ do 20 000 Kč

☐ do 50 000 Kč

☐ do 100 000 Kč

☐ více

**13. Jaká je vaše bytová situace?**

☐ bydlím s rodiči (u jiných příbuzných)

☐ ve vlastním bytě

☐ v pronájmu

☐ v ubytovně

☐ nemám zajištěné ubytování

**14. Bydlíte se spoluklientem/spoluklienty?**

☐ ☐ ne

☐ ☐ ano – kolik?.....

**15. Máte problémy s využitím volného času?**

☐ ne

☐ ano – proč? .....  
.....

**16. Byl/a jste v minulosti trestán/a?**

☐ ne

• **pokud ne:**

☐ probíhá trestní řízení (TrŘ)

☐ neprobíhá TrŘ

☐ probíhalo TrŘ, ale bylo zastaveno

☐ ano

• **pokud ano:**

☐ uložen trest odnětí svobody

☐ uložen trest odnětí svobody podmíněně

☐ uložen alternativní trest, jaký? .....



**b) zdravotní stav**

**17. Máte chronickou žloutenku typu C (VHC)?**

☐ ne

☐ ano

**18. Léčba interferonem:**

☐ ne

☐ ano – dosud probíhá

☐ ano – již ukončená

**19. Byla léčba interferonem úspěšná?**

☐ ne

☐ ano

☐ neznám výsledek

**20. Máte jiné závažnější zdravotní potíže (tělesné, psychické problémy, medikace, invalidní důchod)?**

☐ ne

☐ ano – prosím, vypište

jaké:.....  
.....  
.....

**c) léčba a doléčování**

**21. Celkový počet absolvovaných léčeb (i nedokončených):**.....

**22. Poslední léčbu jste absolvoval/a v:**

☐ psychiatrické léčebně

☐ terapeutické komunitě: .....

☐ ambulantně

☐ jiné: .....

**23. Délka poslední absolvované léčby**

**(od – do):**.....

**24. Celková doba abstinence po léčbě: (počet měsíců):**.....

**25. Následní péče – doléčování:**

☐ dosud trvá

☐ řádně ukončená - celková doba v doléčovacím programu:.....

☐ předčasně ukončená – z jakého důvodu?.....

.....

**26. Proběhl u vás po léčbě relaps či recidiva?**

☐ ne

☐ ano

**pokud ano, na čem:**

☐ primární droga

☐ marihuana

☐ alkohol

☐ jiné: .....

**26. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou vám nabízí DC Advaita?**

☐ velmi nespokojen/a

☐ nespokojen/a

☐ ani nespokojen/a ani spokojen/a

☐ spokojen/a

☐ velmi spokojen/a

**27. Pokuste stručně popsat, co vám mezi poskytovanými službami v DC Advaita chybí:**.....

.....

*Prostor pro poznámky k autorovi nebo k dotazníku:*

.....

.....

.....

.....

.....

**Děkuji za váš čas ...**

## **Příloha č. 7: Osnova rozhovoru**

1. Proč jste nastoupil/a do programu doléčování?(vyjasnit nejdůležitější důvody)
2. Co jste před vstupem do DC Advaita od doléčovacího zařízení očekával/a?  
(Jaká byla vaše představa?)
3. Které služby DC Advaita nejvíce využíváte?
4. Využil/a jste během léčby rodinnou (partnerskou) terapii?
5. V čem vidíte její efekt?
6. Jak jste spokojený/á s jednotlivými oblastmi vašeho života?
  1. zdravotní stav
  2. zaměstnání
  3. bytová situace
  4. finance
  5. partnerský život
  6. komunikace s rodinou
  7. volný čas, záliby, přátelé
7. Jakým způsobem vám DC Advaita v těchto oblastech pomáhá?
8. Které služby vám v programu DC chybí?
9. Jak se vám daří pracovat s „chutěmi“?
10. Co byste dělal/a, kdybyste zrelapsoval?
11. Pokud se tak již stalo, co jste dělal/a? (Co byste dělal/a příště jinak?)
12. Jaký máte postoj k alkoholu a marihuaně? Vidíte v některém z nich problém pro váš budoucí život?
13. Jste spokojený/á sám se sebou a se svým současným životem, popř. co byste chtěl/a změnit?
14. Jak by vám mohlo DC Advaita pomoci?
15. Co vnímáte jako nejvíce ohrožující ve vztahu k vaší možné recidivě? Co by mohlo způsobit, že byste zrelapsoval či zrecidivoval?